

КТО ОСТЬ ОТЯ

Who is Who

№ 6 (35)

август –
сентябрь

2008

В М Е Д И Ц И Н Е

**Александр Древаль,
главный эндокринолог
Московской области:**

«Сегодня в России
существует настоящая
потребность в разработке
и внедрении специальной
программы, направленной
на предотвращение
сахарного
диабета
и ранних
нарушений
углеводного
обмена»

с. 10



Портативный анализатор глюкозы лабораторного качества



Метод

Система HemoCue Glucose 201+ предназначена для количественного определения глюкозы в цельной крови. Система состоит из анализатора и специально разработанных микрокувет, содержащих сухие реагенты. Система калибрована на заводе-изготовителе в соответствии с глюкозодегидрогеназным методом с гемолизированием и осадочностью.

Анализатор

Двухволновой метод измерения (660 и 840 нм.) позволяет избежать влияния мутности крови на результат анализа. Анализатор HemoCue Glucose 201+ сохраняет в памяти до 600 результатов с указанием даты и времени.

Материал образцов

5 μ л капиллярной, венозной или артериальной крови.

Диапазон измерений

0 – 22,2 ммоль/л (0 – 400 мг/дл)

Диапазон может быть расширен до 44,4 ммоль/л (800 мг/дл) при разбавлении.

Результаты

Появляются на дисплее через 40 – 240 секунд в зависимости от концентрации глюкозы.

Показания в ммоль/л.

Контроль качества

HemoCue Glucose 201+ имеет встроенную электронную систему самоконтроля. Каждый раз при включении фотометра эта система автоматически проверяет функционирование оптического прибора. При постоянно включенном фотометре эта проверка осуществляется каждые два часа. В том случае, если согласно предписаниям, требуется проводить контроль качества, то анализ следует проводить с применением жидких контрольных растворов, рекомендуемых HemoCue.

Точный результат определения глюкозы в крови всегда рядом!

Маленький, лёгкий, удобный и точный – это HemoCue Glucose 201+ ! В системе сочетаются точность и правильность результатов, получаемых в лаборатории, со скоростью и удобством экспресс-тестов. Система сохраняет в памяти до 600 произведенных измерений, их дату и время. Полученные результаты могут быть сразу же распечатаны на принтере или заведены в компьютер.

Точные измерения в РОС диагностике

Когда мы говорим действительно о точности, мы имеем в виду следующее: испытания и работа приборов проводились более 10 лет. Тщательность и точность системы HemoCue получили признание экспертов во всем мире. Используя двухволновую фотометрию и специально разработанные микрокуветы, содержащие сухой реагент, анализатор HemoCue Glucose 201+ получает результаты, которые могут быть достигнуты только в центральных лабораториях.

Именно поэтому прибор одобрен для использования в лечебных учреждениях для диагностики сахарного диабета.



Три простых шага

Нет необходимости в специально подготовленном медицинском персонале. Процедура анализа включает 3 простых шага:



Уникальные микрокуветы одноразового пользования являются центральной частью системы HemoCue.



1. Заполнить кювету. Кювета мгновенно заполняется кровью под действием капиллярных сил, как только вы подносите кончик кюветы к середине капли крови.



2. Поместить заполненную кювету в держатель кювет и привести его в положение измерения.




3. Результат появится на дисплее через несколько минут и будет полностью соответствовать лабораторной точности.

На правах рекламы



Официальный эксклюзивный дистрибьютор ХемоКью в России
Scott-European Medical Corporation

Официальный дилер ООО «Лега Артис», тел.: (495) 258-19-55, факс: 258-19-68

"Под патронажем Торгово-промышленной палаты РФ" 

Под патронатом Министерства здравоохранения и социального развития РФ
При поддержке администрации Краснодарского края, г. Сочи, Торгово-промышленной палаты г. Сочи

11-13 СЕНТЯБРЯ г. Сочи, ГК "ЖЕМЧУЖИНА"

IX СПЕЦИАЛИЗИРОВАННАЯ ВЫСТАВКА

«EXROMED-2008»

**Конференция Российской Ассоциации
медицинской лабораторной диагностики**

**НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ «СОВРЕМЕННЫЕ
ТЕХНОЛОГИИ В ЛАБОРАТОРНОЙ МЕДИЦИНЕ.
ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ТРОМБОТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ»**

Выставочная компания «СОЧИ-ЭКСПО ТПП г. Сочи»
тел./факс: (8622) 647-555, 642-333, 648-700, (495) 745-77-09
<http://www.sochi-expo.ru>, e-mail: medicina@sochi-expo.ru



ВСЕРОССИЙСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ЖУРНАЛ

КТО ЕСТЬ КТО
Who is Who
В М С Д Н Ц Н Н С



www.kto-kto.ru

Личный опыт профессионалов

Вся информация,
опубликованная
в журнале,
дублируется на сайте!

Свежий номер

Архив номеров

Подписка

Легко оформить подписку
юридическим
и физическим лицам!

Ждём вас на сайте
www.kto-kto.ru

Журнал «Кто есть Кто в медицине» издаётся с 2003 года при поддержке Московского регионального общественного фонда содействия донорам «Доноры Родины» Омской региональной общественной организации доноров «Река Жизни» Московской региональной общественной организации помощи донорам «От сердца к сердцу»

Издатель
Директор
Редакция
Учредитель,
главный редактор
Помощники
главного редактора

ООО «Кто есть Кто»
Анастасия Нефёдова

Дмитрий Нефёдов

Ирина Ложкина
Ирина Егорова
Михаил Гуламбаров
Сергей Бровар
Михаил Левкин
Наталья Задорожная

Редактор
Дизайнер-
верстальщик
Специальный
корреспондент
Корректор
Отдел
продвижения

Надежда Воронкова

Алиса Гошко
Татьяна Сависько

Егор Веретельников

Редакционный совет:

Вячеслав ЛАЗАРЕВ
президент Ассоциации заслуженных
врачей РФ, главный редактор журнала
«Вестник Ассоциации заслуженных
врачей Российской Федерации»,
заслуженный врач РФ
Валентина САРКИСОВА
президент Общероссийской
общественной организации
«Ассоциация медицинских сестёр России»,
заслуженный работник здравоохранения РФ
Александр НОВИКОВ
ректор Омской государственной
медицинской академии,
доктор медицинских наук, профессор,
заслуженный врач РФ
Сергей ТИТОВ
главный нарколог Омской области,
главный врач ГУЗ ОО
«Наркологический диспансер»
Татьяна ЗОРИНА
президент Омской региональной
общественной организации
«Омская профессиональная
сестринская ассоциация»,
заслуженный работник здравоохранения РФ

Средства, вырученные от рекламы, направляются в Московский региональный общественный фонд содействия донорам «Доноры Родины»

Свидетельство о регистрации СМИ ПИ № ФС77-26672 от 21.12.2006 выдано Федеральной службой по надзору за соблюдением законодательства в сфере массовых коммуникаций и охране культурного наследия.
Отпечатано с электронных носителей заказчика в типографии ОАО «Советская Сибирь», г. Новосибирск, ул. Немировича-Данченко, 104.

Тираж: 25000 экз.

Редакция не имеет возможности вступать в переписку, рецензировать и возвращать не заказанные ею рукописи и иллюстрации. Редакция не несёт ответственности за номера телефонов и содержание рекламных объявлений. Все права на созданные материалы принадлежат авторам. Перепечатка материалов и использование их в любой форме, в том числе и в электронных СМИ, возможны только с разрешения редакции.

Цена свободная.

Подписка на 5 номеров журнала — 300 рублей, на 10 номеров — 600 рублей. Непосредственно через издателя.

Подписано в печать 21.08.2008 г.

Адрес редакции: 107023, г. Москва, пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1, оф. 114.
Телефоны: (495) 962-12-22, 780-61-40 (многоканальный), 8-916-346-50-57 (моб.).
E-mail: 7806140@mail.ru
Отделение по Уральскому, Сибирскому, Дальневосточному федеральным округам РФ: 644043, г. Омск, ул. Ленина, 14/1, оф. 309.
Телефоны: (3812) 23-42-80, 23-26-20, 24-35-75.
E-mail: m7806140@mail.ru

В первом полугодии этого года в РФ родилось детей на 7,8% больше, чем за первое полугодие 2007 года

20 августа. Ожидается, что в России в нынешнем году родится 1 млн 690 тыс. – 1 млн 700 тыс. детей. За первую половину года родилось 11,5 тыс. детей, что на 7,8% больше, чем за аналогичный период 2007 года. Коэффициент рождаемости составил 11,5 на тысячу населения против 10,7 в первом полугодии 2007 года.

Эти данные привёл 20 августа на брифинге руководитель Департамента анализа и прогнозов развития социально-трудовой сферы и здравоохранения Минздравсоцразвития РФ Виталий Колбанов. «Мы надеемся на хорошие показатели в конце года. Ожидаем, что за 2008 год в России родится 1 млн 690 тыс. – 1 млн 700 тыс. детей, что на 5,5–6% выше показателя 2007 года», – сообщил он.

В то же время за январь – июнь 2008 года незначительно увеличилось число умерших – на 8–9 тыс. человек, или на 0,8% по сравнению с соответствующим периодом 2007 года. Коэффициент смертности составил 15,2 на тысячу населения против 15 за первое полугодие 2007 года. Как отметил Виталий Колбанов, наибольший урон численности населения наносят сердечно-сосудистые заболевания. Они являются причиной смертей в 58 случаях в общей структуре смертности. На раковые заболевания приходится 12% от всех случаев смертей.

Специалистов также беспокоит то, что в общей структуре смертности 11% занимает смертность, которой могло не случиться: от ДТП, отравления алкоголем, в результате самоубийств и убийств.

По словам Колбанова, смертность в результате дорожно-транспортных происшествий составила в январе – июне 2008 года 9,5 тыс. человек, или 13,5 на каждые 100 тыс. населения. Однако, как отметил специалист, ожидается, что во второй половине 2008 года показатели смертности снизятся.

Естественная убыль населения за первую половину года составила 257 тыс. человек, что на 16,1% меньше, чем за аналогичный период прошлого года. Коэффициент составляет 3,7 на



тысячу населения против 4,3 в первом полугодии 2007 года.

Пока высоким остаётся показатель младенческой смертности, отметил Виталий Колбанов. Так, за первое полугодие этого года этот показатель составляет 9,2 на тысячу населения. В то же время в странах Европы ситуация совсем иная: например, во Франции этот показатель равен 4, в Финляндии – 3.

Отвечая на вопросы журналистов, Колбанов привёл примеры по регионам страны, где рождаемость и смертность наиболее высоки или низки. Традиционно высока рождаемость в субъектах РФ Северного Кавказа. За первое полугодие этого года на 13% выросла рождаемость в Дагестане, Хакасии, Кабардино-Балкарии, Республике Алтай. Также на Северном Кавказе отмечается низкая смертность населения по сравнению со среднероссийским показателем.

Напротив, низкая рождаемость и высокая смертность регистрируются в субъектах РФ Центрального федерального округа. Например, в Смоленской области показатель смертности 20 на тысячу населения, в Тверской – 21,6, в Псковской области – 22,5, в то время как среднероссийский показатель составляет 15,2.

АМИ-ТАСС

Продолжается оказание медико-социальной помощи гражданам Южной Осетии

22 августа. За период с 8 по 22 августа в стационарные лечебно-профилактические учреждения Республики Северная Осетия – Алания обратились за медицинской помощью 802 человека, в том числе 644 взрослых и 158 детей. На стационарном лечении находятся 375 человек, в том числе 45 детей, из них раненых – 145 человек, по заболеванию – 206

человек, беременных и рожениц – 24 человека. Всего зарегистрировано 115 беременных женщин, из них у 15 женщин приняты роды.

За последние сутки в стационарные ЛПУ обратились за медицинской помощью 22 человека. Госпитализировано 22 человека: из них раненых – 7, по болезни – 14, одна беременная женщина и двое детей. Всего по состоянию на 22 августа в федеральных специализированных медицинских учреждениях находятся 48 человек. Планируется отправка ещё шести тяжелораненых в Институт хирургии им. Вишневского, Клиническую больницу Федерального медико-биологического агентства № 83, Лечебно-реабилитационный центр Минздравсоцразвития РФ.

В Республике Южная Осетия продолжают выплаты пенсий за август. Пенсии получили 1 566 человек. От неработающих пенсионеров принято 4 962 заявления на оказание адресной социальной помощи, в том числе от пенсионеров, находящихся на территории Южной Осетии, принято 4 189 заявлений, на территории Северная Осетия – Алания – 773 заявления. Ста тридцати неработающим пенсионерам, проживающим в Южной Осетии, 21 августа адресная социальная помощь зачислена на их пенсионные лицевые счета, и пенсионеры могут получить деньги. Кроме того, подготовлен реестр ещё на 96 человек для зачисления адресной социальной помощи на пенсионные лицевые счета, открытые на территории Республики Южная Осетия.

Рабочей группой Федерального медико-биологического агентства России подготовлены акты визуального обследования 17 объектов здравоохранения и социальной инфраструктуры республики, пострадавших в результате боевых действий, для включения в план первоочередных мероприятий по восстановлению жизненно важных объектов Южной Осетии.

АМИ-ТАСС

Тезисы выступления Министра здравоохранения и социального развития РФ Татьяны Голиковой на видеоконференции, посвящённой подведению итогов реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения в I полугодии 2008 года



ИТАР-ТАСС

Добрый день, уважаемые коллеги!

Национальный проект «Здоровье» продолжается. Интенсивность работ, проводимых по каждому из его направлений, остаётся высокой. При этом направления, запущенные в самом начале нацпроекта, выходят на стабильный режим. Это развитие первичной медицинской помощи, развитие высокотехнологичной медицинской помощи, иммунизация населения, диспансеризация и ряд других. В этом году появились новые направления работы. Принципиально, что новые направления появляются в ходе реализации нацпроекта как результат осмысления достигнутого, как ответ на те реальные проблемы, которые сам же нацпроект и высвечивает.

В 2008 году такими новыми направлениями стали:

- совершенствование организации медицинской помощи пострадавшим при дорожно-транспортных происшествиях,
- совершенствование медицин-

ской помощи больным с сердечно-сосудистыми заболеваниями, – развитие службы крови.

Мы выделили их, поскольку смертность и травматизм на дорогах у нас очень высокие, причём гибнут в авариях и получают травмы люди трудоспособного возраста, как правило, имеющие высокий уровень образования и профессиональной квалификации.

Россия занимает первое место в мире по аварийности на дорогах. Смертность от всех видов транспортных несчастных случаев (главным образом, при ДТП) составляет 27,7 на 100 тысяч населения (в 2006 году – 26,8, в 2005 году – 28,1), что практически в 3,3 раза выше, чем в «старых» странах ЕС (8,4), и в 2,2 раза больше, чем в «новых» странах ЕС (12,6).

Сердечно-сосудистые заболевания составляют главную причину смертности в России, и показатели смертности от этих заболеваний являются одними из самых высоких в мире.

В 2007 году – 829 случаев на 100 тысяч человек, в 2006 году – 865, в 2005 году – 908. Соответствующие показатели в других странах в 2005 году: в «старых» странах ЕС – 214, в «новых» странах ЕС – 493, в США – 315.

Развитие здравоохранения немыслимо сегодня без службы крови, обеспечивающей высокую безопасность переливания крови и имеющей достаточное для нужд медицины количество крови и её компонентов. На достижение этого и направлена программа по развитию службы крови, где оснащение центров переливания крови самым современным оборудованием, технологиями, обеспечивающими максимальную безопасность как донорам, так и пациентам, будет идти параллельно с развитием массового донорства, возрождением донорского движения в России. Сейчас Федеральное медико-биологическое агентство (которое отвечает за это направление в системе Минздравсоцразвития) подписывает соглашение с регионами, участвующими в первом этапе этого проекта.

На 2009 год уже запланирован старт двух очень важных и сложных направлений: совершенствование организации медицинской помощи больным онкологическими заболеваниями и формирование здорового образа жизни.

В 2007 году смертность от онкологических заболеваний составила 202,3 на 100 тысяч человек (в 2006 году – 200,9, в 2005 году – 201,2). Смертность населения России в возрасте 0–64 лет от онкологических заболеваний на 30% превышает этот показатель в «старых» странах ЕС и находится на одном уровне с «новыми» странами ЕС. Онкологические заболе-

вания в России характеризуются высокой долей смертей в течение первого года после установления диагноза, что свидетельствует о поздней выявляемости этих заболеваний.

В Российской Федерации сегодня курят более 40 миллионов человек: 63% мужчин и 30% женщин, 40% юношей и 7% девушек. Ежегодно количество курящих в России увеличивается с темпом в 1,5–2%, захватывая женщин и подростков. Темп роста курящих в России является одним из самых высоких в мире, и при этом в последние три года количество сигарет, выкуриваемых в стране, увеличивается с темпом 2–5% в год.

Потребление алкоголя также недопустимо высоко: 18 литров на душу населения в год (в пересчёте на чистый спирт). Именно с потреблением алкоголя связана столь низкая продолжительность жизни мужчин по сравнению с женщинами в России.

Я говорю об этих направлениях как о самых трудных в силу того, что они потребуют масштабных преобразований в организации профилактики и лечения, значительного финансирования и, главное, изменения отношения граждан России к своему здоровью: воспитание чувства ответственности за собственное здоровье, отношение к нему как к одному из главных человеческих ресурсов.

Но я полагаю, что накопленный нами опыт в предыдущие годы реализации нацпроекта позволит нам решить трудные задачи профилактики и лечения онкологических заболеваний и создать позитивные тенденции в плане отношения россиян к своему здоровью.

Появление новых направлений показывает, что нацпроект «Здоровье» находится в постоянном развитии: а это лучше всего свидетельствует об его актуальности.

В 2008 году продолжилась реализация направлений, нача-

тых ещё в 2006–2007 годах. Их много, поэтому я скажу только о самых важных результатах и показателях.

Стабильно продолжается развитие первичной медицинской помощи, которая включает в себя:

- подготовку и переподготовку врачей общей (семейной) практики, участковых врачей-терапевтов и врачей-педиатров. По состоянию на 1 июля 2008 года в образовательных учреждениях высшего и дополнительного профессионального образования Росздрава прошли повышение квалификации и профессиональную переподготовку 3 797 специалистов (из них 1 859 врачей-терапевтов участковых, 1 571 врач-педиатр участковый и 367 врачей общей практики);

- денежные выплаты врачам общей (семейной) практики, врачам-терапевтам участковым, врачам-педиатрам участковым, медицинским сёстрам участковым врачам-терапевтов участковых, врачам-педиатров участковых, медицинским сёстрам врачей общей (семейной) практики. По состоянию на 1 июня 2008 года в выполнении государственных заданий принимают участие: 154 880 медицинских работников: из них 72 920 врачей (в том числе 183 человека ведомственных учреждений здравоохранения), 81 960 медицинских сестёр (из них 212 человек в ведомственных учреждениях здравоохранения). Общий объём средств на финансовое обеспечение государственного задания составляет 23 456,2 миллиона рублей. В первом полугодии 2008 года на указанные цели ФОМС направил 9 685 миллионов рублей, в том числе 739,8 миллиона рублей на завершение расчётов за 2007 год;

- денежные выплаты медицинскому персоналу фельдшерско-акушерских пунктов, врачам, фельдшерам и медицинским сёстрам скорой медицинской помощи.

Хорошие показатели у направления по **проведению неонатального скрининга новорождённых**. На 27 июля 2008 обследовано 355 572 новорождённых детей на адреногенитальный синдром; 353 137 детей – на галактоземия; 353 251 детей – на муковисцидоз. Выявлены случаи заболеваний соответственно 45, 13 и 36. Подготовлена и утверждена программа обучения медицинских работников (врачей и медицинских сестёр), которые будут осуществлять аудиологический скрининг.

Запущена **программа диспансеризации работающего населения**. Однако до настоящего времени диспансеризация работающих граждан не начата в трёх субъектах Российской Федерации: Калужской области, Кабардино-Балкарской Республике и Чукотском АО. Наиболее активно процесс диспансеризации проходит в республиках Башкортостан, Мордовия, Чувашия, Самарской, Липецкой областях и Приморском крае.

В каждом субъекте Российской Федерации определён перечень учреждений, в которых планируется проведение диспансеризации. Всего таких учреждений более трёх тысяч. С работодателями организаций проведена разъяснительная работа о необходимости оказания содействия в явке работников на диспансеризацию. Всего прикреплено к лечебно-профилактическим учреждениям более 1,5 миллиона организаций и предприятий.

Продолжает демонстрировать успешность механизмов родовых сертификатов:

Региональными отделениями Фонда социального страхования по состоянию на 24 июня 2008 года осуществлены расчёты с учреждениями здравоохранения за услуги, оказанные в январе – мае 2008 года, на основании родовых сертификатов, на общую сумму 6 514,6 миллиона рублей, что на 29,8% больше, чем за аналогичный период 2007 года.

В 2008 году продолжался рост заработной платы в учреждениях здравоохранения за счёт средств, поступивших из бюджета Фонда соцстраха на оплату услуг по медицинской помощи на основании родовых сертификатов.

Отдельно хочу остановиться на направлении нацпроекта «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В и С, выявление и лечение больных ВИЧ, гепатитов В и С». В Российской Федерации, по предварительным данным на 31 мая 2008 года, зарегистрировано 428 154 ВИЧ-инфицированных, из них 2 875 детей, среди которых 1 483 рождены ВИЧ-инфицированными матерями.

По данным оперативного мониторинга реализации Проекта, по состоянию на 1 июня 2008 обследовано с профилактической целью на ВИЧ-инфекцию 10 522 377 человек. На 30 июня 2008 года зарегистрировано 13 109 новых случаев ВИЧ-инфекции. Охвачено диспансерным наблюдением 256 318 человек. Количество ВИЧ-инфицированных в системе ГУ ФСИН, получающих антиретровирусную терапию, составляет 4 142 человека из 5 559 подлежащих лечению.

В результате проводимых мероприятий по иммунизации населения в рамках Национального календаря профилактических прививок в первом полугодии 2008 года продолжалась вакцинация контингентов, подлежащих прививкам в 2007 году, что связано с поздним поступлением вакцин.

Так, по состоянию на 15 июня 2008 года, против гепатита В привито взрослых от 18 до 35 лет, не болевших и не привитых ранее 11 199 350 человек (83,1%), против краснухи привито детей в возрасте 1–17 лет, девушек и женщин до 25 лет, не болевших и не привитых ранее 7 025 255 человек (100%), против полиомиелита инактивированной поливакциной привито 130 357 детей (93%).

Иммунизация населения из групп риска против гриппа закончена в феврале текущего года, привито 25 081 904 человека (98,7%).

За январь – май 2008 года из числа контингентов, подлежащих иммунизации в 2008 году, привито:

против полиомиелита – 2 396 031 человек (40,6 %);

против дифтерии, коклюша, столбняка – 5 991 949 человек (28,5%);

против кори и эпидемического паротита – 1 215 242 человека (40,5%);

против кори взрослых до 35 лет – 367 108 человек (66,7%);

против туберкулёза – 773 690 человек (36,8%);

против гепатита В (детей) – 875 607 человек (12,5%);

против краснухи – 2 199 585 человек (68,7%).

Планомерно увеличиваются объёмы оказания высокотехнологичной помощи, а также средства, выделяемые на оказание этой помощи. В 2007 году на одного пролеченного больного было затрачено в среднем 103,9 тысячи рублей, в 2008 году – 116,3 тысячи рублей, или в 1,12 раза больше, чем в 2007 году.

В первом полугодии 2008 года на базе федеральных специализированных медицинских учреждений за счёт средств федерального бюджета пролечено с применением высоких медицинских технологий 86 518 больных, в том числе почти 16,3 тысячи детей в возрасте от 0 до 17 лет. Исполнение утверждённого годового плана составило 54,1%. Высокотехнологичная помощь оказывалась по 20 профилям.

В медицинских учреждениях субъектов Российской Федерации и муниципальных образований на 30.06.2008 пролечен по заданию на ВМП 8 651 больной, в том числе 541 больной в рамках выполнения Задания 2007 года, что составило 39,4% от планового годового объёма.

По новым направлениям – совершенствование медицинской помощи пострадавшим в ДТП и больным сердечно-сосудистыми заболеваниями в первом полугодии 2008 года в ходе проведения проверок в субъектах Российской Федерации оценивалась готовность лечебно-профилактических учреждений, участвующих в этих программах, к организации и проведению работ:

– по рациональному распределению диагностического оборудования и санитарного автотранспорта;

– подготовке помещений к монтажу, закупаемого медицинского оборудования;

– формированию кадрового потенциала учреждения, отвечающего требованиям и задачам Мероприятий;

– утверждению графика подготовки необходимых специалистов.

В результате проведённой совместной работы были откорректированы перечни ЛПУ, участвующих в реализации программ, объёмы поставок медицинского оборудования и схемы организации работы.

С начала 2008 года мы приступили к развитию службы крови в России, что предполагает в 2008–2011 годах современную и, главное, безопасную организацию службы, развитие массового донорства, создание и ведение единой информационной базы. Всего в этой программе будет задействовано 84 субъекта Российской Федерации, представляющих 96 региональных учреждений службы крови и 11 федеральных учреждений службы крови.

Я особо хочу подчеркнуть то, что в ходе реализации нацпроекта большое внимание уделяется подготовке кадров. По каждому из направлений нацпроекта предусмотрено внедрение новых технологий, новых способов организации работы, обновление материально-технической базы. Но работают на новом оборудова-

нии и в новых организационных условиях люди. Поэтому нужно, чтобы врачи и весь медицинский персонал обладал знаниями, которые бы позволяли ему работать на новом оборудовании и с новыми технологиями лечения, диагностики и профилактики. В силу этого каждое направление нацпроекта сопровождается соответствующими программами подготовки и переподготовки кадров. Так, специальные программы по подготовке и переподготовке кадров проводятся для развития первичной медицинской помощи, проведения обследований новорождённых (неонатальный и аудиологический скрининги), профилактики и лечения ВИЧ-инфекций. Тщательно готовятся кадры на перспективу: для ещё только планируемых центров и лечебных учреждений. Это кадры для центров высоких медицинских технологий, для лечебных учреждений, входящих в программу совершенствования медицинской помощи, пострадавшим при ДТП, программу снижения смертности от сердечно-сосудистых заболеваний.

Сегодня в нашей видеоконференции участвуют регионы, которые обладают положительным и уникальным для России опытом новой организации здравоохранения. Это Чувашская Республика, Калининградская, Тверская и Томская области, Краснодарский край.

У них имеется опыт одноканального финансирования, опыт введения стандартов оказания медицинской помощи, опыт новых систем расчётов и оплаты, в том числе оплаты труда. Это очень важные пункты для будущего всего российского здравоохранения и на данном этапе — для разрабатываемой Концепции развития здравоохранения до 2020 года. Поэтому я прошу представителей приглашённых регионов вместе с отчётом о нацпроекте рассказать о тех нововведениях, которые они считают наиболее успешными и готовыми для распространения в другие регионы.

Подписано Постановление о введении с 1 декабря 2008 года новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений



ИТАР-ТАСС

7 августа председатель Правительства РФ Владимир Путин подписал Постановление о введении с 1 декабря 2008 года новых систем оплаты труда работников федеральных бюджетных учреждений.

Как сообщила министр здравоохранения и социального развития РФ Татьяна Голикова, постановление предусматривает чёткий срок перехода на новые системы оплаты труда для всех федеральных учреждений с 1 декабря 2008 года.

«Мы отказываемся от директивного установления на уровне Правительства Российской Федерации единой для всех тарифной сетки. Вместо неё вводятся более гибкие, дифференцированные системы оплаты труда по разным направлениям бюджетной сферы», — отметила глава Минздравсоцразвития.

В соответствии с новыми системами оплаты труда, устанавливаемая заработная плата работников и гражданского персонала

(без учёта премий и иных стимулирующих выплат) не может быть меньше заработной платы, которая выплачивается на основе Единой тарифной сетки, при условии сохранения объёма должностных обязанностей работников и выполнения ими работ той же квалификации.

Для обеспечения единства подходов в установлении систем оплаты труда в федеральных бюджетных учреждениях и предотвращения дискриминации в оплате труда работников до 1 сентября 2008 года министерствам и ведомствам, в ведении которых находятся федеральные бюджетные учреждения, необходимо утвердить примерные положения по оплате труда работников соответствующих учреждений по видам экономической деятельности.

Стоит отметить, что абсолютное большинство воинских частей и организаций федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена

военная и приравненная к ней служба, не имеют статуса юридического лица, формируются по принципу смешанного комплектования (военнослужащими и гражданским персоналом), утверждение штатов на их содержание производится Генеральным штабом Вооружённых Сил Российской Федерации. В связи с этим предусмотрено расширение полномочий руководителей «силовых» министерств и ведомств по вопросам:

- утверждения штатных расписаний (штатов) учреждений, воинских частей и подразделений;
- установления порядка определения должностных окладов руководителей учреждений, воинских частей и подразделений;
- утверждения размеров окладов по должностям служащих и профессиям рабочих и другим вопросам.

Новые условия оплаты труда расширяют полномочия главных распорядителей бюджетных средств, которые смогут устанавливать перечень основного персонала учреждения. Кроме того, новая система сделает более прозрачным установление зарплат руководителей федеральных бюджетных учреждений.

«В соответствии с 583-м постановлением изменился порядок формирования заработной платы руководителя, которая установлена в кратном отношении к средней заработной плате основного персонала и составит от 1 до 5 размеров средней заработной платы по учреждению», – сказала Татьяна Голикова.

«И в 2008 году, и в 2009–2011-м переход на новую систему обеспечен финансовыми ресурсами», – сказала министр, отметив, что потребуются чуть более 30% от существующего фонда оплаты труда, включая денежные средства для перехода на новый минимальный размер оплаты труда в размере 4330 рублей.

По словам заместителя министра Александра Сафонова,

в новой системе «очень много зависит от конкретного работника: если он хочет заработать, то такая возможность у него появится».

«Мы рассчитываем, что уровень зарплат различного рода специалистов может быть увеличен на 30 процентов и более», – сказал замминистра и в качестве примера привёл систему формирования заработной платы врача туберкулёзного диспансера.

«Сегодня врач туберкулёзного диспансера может максимально рассчитывать на 10 с небольшим тысяч рублей. При новой системе его заработок может составить до 20 тысяч рублей», – сказал Александр Сафонов.

В настоящее время фонд оплаты труда составляет порядка 450 миллиардов рублей, и 30%-ное повышение означает его увеличение на 135 миллиардов рублей в 2009 году. В дальнейшие годы фонд будет увеличиваться в зависимости от уровня инфляции.

«Средства в размере 135 миллиардов рублей уже выделены на 2009 год и в дальнейшем будут индексироваться», – сказал замминистра.

Справочно

Документом предусматривается, что с 1 декабря 2008 года будут введены новые системы оплаты труда всех работников, оплата труда которых в настоящее время осуществляется на основе Единой тарифной сетки по оплате труда работников федеральных государственных учреждений.

В связи с этим в постановлении дополнены определённые категории работников (работники из числа технического и обслуживающего персонала, занятого непосредственно в федеральных органах государственной власти и их территориальных органах), на которых будут распространяться новые системы оплаты труда.

В целях обеспечения подготовки значительного числа нормативных документов, направленных на учёт специфики тру-

довых отношений и мотивации персонала в зависимости от вида экономической деятельности, предлагается уточнить полномочия главных распорядителей средств федерального бюджета.

В частности, поручается федеральным органам исполнительной власти, имеющим подведомственные федеральные бюджетные учреждения:

- определять перечни основного персонала для установления размера должностного оклада руководителя федерального бюджетного учреждения;
- разрабатывать примерные положения по оплате труда работников подведомственных федеральных бюджетных учреждений по видам экономической деятельности.

Введение новых систем оплаты труда предусматривает учёт особенностей введения новых систем оплаты труда для гражданского персонала воинских частей, учреждений и подразделений федеральных органов исполнительной власти, в которых законом предусмотрена военная и приравненная к ней служба и где сохраняются элементы централизованного управления вопросами оплаты труда работников.

Министерству здравоохранения и социального развития РФ, в соответствии с постановлением, поручено до 15 августа 2008 года утвердить рекомендации по разработке примерных положений об оплате труда работников учреждений, а также рекомендации по заключению трудового договора и его примерной форме. Министерство до 1 сентября 2008 года должно утвердить методические рекомендации по разработке федеральными государственными органами условий оплаты труда для работающих в них и в их территориальных органах работников.

Постановление подготовлено с учётом мнения Российской трёхсторонней комиссии по регулированию социально-трудовых отношений.

РОССИЙСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



18-я международная выставка
«Здравоохранение, медицинская техника
и лекарственные препараты»

З Д Р А В О О Х Р А Н Е Н И Е

8-12 декабря 2008



Центральный выставочный комплекс «ЭКСПОЦЕНТР»

123100, Россия, Москва,
Краснопресненская наб., 14
Тел.: (499) 795-28-72, 795-28-71, 795-39-43
Факс: (495) 609-41-68, (499) 795-25-76
E-mail: gureeva@expocentr.ru,
www.zdravo-expo.ru,
www.expocentr.ru

Организатор: ЗАО «ЭКСПОЦЕНТР»

при поддержке:

- МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ РФ
- МИНИСТЕРСТВА ПРОМЫШЛЕННОСТИ
И ТОРГОВЛИ РФ
- РОССИЙСКОЙ АКАДЕМИИ МЕДИЦИНСКИХ НАУК

Как решить одну из главных проблем современного здравоохранения

■ По материалам Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М. Ф. Владимирского

Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского (МОНКИ), ведущий свою историю с 1773 года, сегодня представляет собой уникальный в России научно-лечебный и учебный комплекс, в состав которого входят институт, поликлиника, больница, располагающая 23 клиниками хирургического и терапевтического профиля на 1205 коек, и факультет.

В настоящее время главным врачом института является заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор Е.Е. Крутлов. Директор института – заслуженный деятель науки РФ, член-корреспондент РАМН, профессор Г.А. Оноприенко.

МОНКИ является крупнейшей структурой здравоохранения Московской области и выполняет функции регионального многопрофильного центра по оказанию высококвалифицированной лечебной, диагностической и консультативной помощи населению Подмоскovie.

На базе института работает Специализированный учёный совет по присуждению учёной степени доктора медицинских наук и кандидата медицинских наук (по хирургии, травматологии и ортопедии, урологии).

Научно-исследовательская деятельность в институте осуществляется по 40 направлениям медицинской науки, в результате чего внедряются новые медицинские технологии мирового уровня.

Сегодня мы хотим рассказать об одном из направлений этой деятельности – работе в области диабетологии, которую проводят сотрудники клиники терапевтической эндокринологии МОНКИ. Руководит отделением терапевтической эндокринологии с 1993 года Александр Дре-

валь, более 15 лет являющийся главным эндокринологом Московской области, и результаты его работы на этом посту были признаны учёным советом МОНКИ и Министерством здравоохранения Московской области как весьма успешные.

Основные направления научных исследований профессора А.В. Древалю: оптимизация методов лечения и диагностики диабета и его осложнений, лечение и профилактика остеопороза, эпидемиология эндемического зоба и его профилактика, радиойодтерапия диффузного токсического зоба у молодых, эндокринная офтальмопатия, математическое моделирование эндокринных систем, информационные технологии в медицине, в частности диабетологические интернет-проекты. А.В. Древаль опубликовал ряд лидерских работ в области осложнений инсулинотерапии диабета. Именно им впервые в России была получена антиинсулиновая сыворотка в экспериментальных условиях, которую можно было использовать в радиоиммунном методе определения инсулина. Он разработал новые методы лечения тяжёлой аллергии к препаратам инсулина, первым доказал иммунный механизм инсулиновой липоатрофии и раскрыл патогенетическую роль баланса иммуноглобулинов классов А, М, G и E в проявлении аллергии к инсулину.

Профессором А.В. Древалем был описан ранее не наблюдавшийся в мировой практике побочный эффект инсулинотерапии диабета – массовая инсулинофобия. Раскрыты его причины, проявления, предложены методы профилактики и устранения. Получив квалификацию математика в МГУ им. М.И. Ломоносова, Александр Васильевич с 1980 года активно работает в области матема-

тического моделирования инсулинотерапии диабета. Им разработан ряд оригинальных моделей диабета, раскрывающих ключевую роль печени в развитии некоторых форм диабета. С помощью математического подхода им предложен уникальный метод анализа результатов внутривенного теста толерантности к глюкозе, с помощью которого можно определить продукцию глюкозы печенью в норме и при сахарном диабете.

Эти уникальные данные позволили обнаружить особую категорию больных диабетом, у которых ведущим механизмом диабета является гиперпродукция глюкозы печенью. Причём это нарушение удаётся выявить до повышения уровня сахара в крови. То есть открыта ранняя фаза сахарного диабета, при которой ещё не наблюдается повышение сахара крови. Ряд исследований А.В. Древалю был посвящён оптимизации диетотерапии диабета, им разработаны новые подходы к пролонгированию «медового периода» диабета с помощью специальной диеты, а также оптимальные диетические режимы при сочетании сахарного диабета и гипертонической болезни. Разработаны также методы оценки оптимальной диетотерапии с помощью метода непрямой калориметрии. Как врач и математик А.В. Древаль в последние годы активно работает в области интернет-технологий, создавая лично специализированные диабетологические сайты для врачей, научных работников и больных диабетом, и является безусловным лидером этого направления в России. Один из его уникальных сайтов – www.diabet.ru пользуется особой популярностью не только среди специалистов, но и больных, имея один из самых высоких рейтингов среди сайтов этого направления в России.

Совмещая научную работу с работой главного эндокринолога Московской области, Александр Древаль много усилий прилагает к внедрению последних достижений науки в практику здравоохранения области. За время работы в МОНКИ им практически с нуля организована



Максим Спьявский

Досье

Александр Древаль родился в 1947 году. Окончил 1-й Московский медицинский институт им. И.М. Сеченова по специальности «Лечебное дело», а затем — клиническую ординатуру по эндокринологии и аспирантуру при том же институте. В 1974 году защитил кандидатскую диссертацию.

В 1980 году окончил МГУ им. М.В. Ломоносова по специальности «Прикладная математика». В 1990 году защитил ещё одну диссертацию, получив учёную степень доктора медицинских наук.

Автор 201 научной работы, четырёх монографий, четырёх учебно-методических пособий, а также двух диабетологических интернет-сайтов. Научный руководитель двух докторских и девяти кандидатских диссертаций.

Член экспертного совета по Госпрограмме «Сахарный диабет», член редакционного совета научных журналов «Проблемы эндокринологии», «Остеопороз», «Андрология».

Профессор, доктор медицинских наук, заведующий кафедрой клинической эндокринологии ФУВ МОНИКИ, руководитель отделения терапевтической эндокринологии Московского областного научно-исследовательского клинического института им. М.Ф. Владимирского, заведующий кафедрой терапевтической и хирургической эндокринологии при ФУВ МОНИКИ, главный эндокринолог Московской области.

в Московской области работа по трём социально значимым направлениям в эндокринологии: сахарный диабет, болезни щитовидной железы и остеопороз. В рамках этой работы подготовлена группа научных сотрудников, которые под его руководством развивают эти направления. Совместно со своими научными сотрудниками А.В. Древаль работает над созданием Государственного регистра больных сахарным диабетом в Московской области, и в 2004 году вышла его монография по регистру. Им про-

водится работа по организации и расширению сети школ для больных диабетом, что представляет собой современное направление в повышении эффективности лечения диабета и профилактике его осложнений.

Для повышения квалификации врачей Московской области А.В. Древалем в 1995 году организована кафедра клинической эндокринологии ФУВ МОНИКИ, которой он в настоящее время руководит на общественных началах. За время работы кафедры ею под-

готовлено для Московской области 134 эндокринолога, в её стенах прошли повышение квалификации 1 806 врачей Московской области.

В 1996 году Александру Древалю присвоено учёное звание профессора по специальности «Эндокринология».

Следует заметить, что работа в области диабетологии ведётся в рамках созданного А.В. Древалем Московского областного диабетологического центра и руководимой им областной программы «Сахарный диабет».

Результаты скрининга нарушений углеводного обмена репрезентативной выборки взрослого населения Московской области

А.В. ДРЕВАЛЬ, И.В. МИСНИКОВА, И.А. БАРСУКОВ; ОТДЕЛЕНИЕ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОЙ ЭНДОКРИНОЛОГИИ МОНИКИ

Сахарный диабет можно предотвратить

Сахарный диабет (СД) является серьёзным социально-значимым заболеванием, резко повышающим риск инвалидности и преждевременной смерти. 20 декабря 2006 года была принята резолюция ООН по сахарному диабету, в которой заявлено о всемирной угрозе, связанной с неинфекционной эпидемией диабета в мире. В настоящее время в мире насчитывается более 200 миллионов больных СД и, по данным Международной диабетической федерации, их число к 2025 году возрастёт до 380 миллионов человек. Хроническая декомпенсация СД приводит к развитию тяжёлых осложнений. У больных СД в 2–4 раза выше риск развития инфарктов миокарда и инсультов. Приблизительно 75–80% больных диабетом умирают от сердечно-сосудистой патологии. Конечные стадии поздних осложнений ведут к развитию слепоты, ампутациям нижних конечностей и хронической почечной недостаточности. Это негативно сказывается на продолжительности и качестве жизни больных диабетом.

Всего в России, по предварительным данным, СД страдают около 8 миллионов человек. В Московской области, согласно данным регистра СД, в 2007 году официально зарегистрировано 155 тысяч больных сахарным диабетом. Около 9,5 тысячи болеют сахарным диабетом 1-го типа (СД1), из них 755 детей и 408 подростков. Более 90% пациентов страдают сахарным диабетом 2-го типа (СД2), который, как правило, развивается после 40 лет у лиц, склонных к ожирению и малоподвижному образу жизни. Этот тип диабета может длительно протекать бессимптомно и, следовательно, вовремя

не диагностироваться. Поэтому реальная распространённость СД2 превышает регистрируемую в 2–3 раза. За последние пять лет в Московской области число зарегистрированных больных СД2 увеличилось на треть.

Таким образом, СД2 является одной из главных проблем современного здравоохранения, так как часто ассоциируется с развитием осложнений, требующих дорогостоящего лечения. Учитывая растущую распространённость диабета, предотвращение развития СД2 и его осложнений позволяет не только улучшить здоровье граждан, но и сократить материальные расходы системы здравоохранения. Существенного продвижения в этой области можно достичь путём создания программы по предотвращению СД2, которая должна базироваться на данных эпидемиологических исследований по истинной распространённости сахарного диабета в различных популяциях.

Примером подобного эпидемиологического исследования по выявлению истинной распространённости нарушений углеводного обмена может служить проведённый нами в 2006 году популяционный скрининг населения двух муниципальных образований Московской области (Луховицкий район и г. Жуковский). Проведение данного скрининга преследовало несколько целей: выявить по результатам орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ) распространённость СД2 и ранних нарушений углеводного обмена среди населения Московской области (нарушенной гликемии натощак (НГН) и нарушенной толерантности к глюкозе (НТГ)); сравнить полученные данные с данными официальной статистики; выявить ведущие факторы риска развития наруше-

ний углеводного обмена среди населения Московской области. Для проведения скрининга была сформирована репрезентативная выборка. Лицам, попавшим в эту выборку, был проведён оральный тест толерантности к глюкозе. Результаты данного скрининга изложены в статье, представленной в этом номере журнала.

При формировании программы предотвращения СД2 должен быть учтён опыт других стран, в частности Финляндии, в которой с 2003 года успешно внедряется национальная программа по предотвращению СД2. Также в 2006 году европейской комиссией был утверждён проект IMAGE, основной целью которого являются разработка и внедрение программы первичной профилактики СД2 в Европе. Осуществление программы по предотвращению диабета должно одновременно проводиться по нескольким направлениям. Первое направление – это первичная профилактика СД2, то есть активное воздействие на нездоровый образ жизни части населения, к которому относятся переизбыток и гиподинамия. Эта часть программы направлена на снижение распространённости ожирения и метаболического синдрома и увеличения физической активности населения. Реализация данной стратегии подразумевает создание особой структуры на стыке системы здравоохранения и других социальных служб, отвечающей за определение целевой популяции (лица с избыточной массой тела и ожирением) и проведение программ по изменению образа жизни у представителей данной популяции.

Вторым направлением программы по предотвращению СД2 является выявление диабета в группах риска. Это направление

включает разработку национальной модели скрининга в группах риска и проведение скрининга на постоянной основе.

К основным факторам риска развития СД2 относятся: возраст старше 45 лет, ожирение, малоподвижный образ жизни, наличие артериальной гипертензии и сердечно-сосудистых заболеваний, гиперлипидемия, диабет у родственников, гестационный диабет или ранние нарушения углеводного обмена (НТГ, НГН) в анамнезе. Лица, имеющие два или более факторов риска, должны регулярно обследоваться для своевременного выявления у них нарушений углеводного обмена. Следует подчеркнуть важность разработки методологии скрининга. Так, определение гликемии должно проводиться только на сертифицированных биохимических анализаторах глюкозы, одобренных международными организациями в качестве оборудования для диагностики нарушений углеводного обмена. Использование портативных глюкометров недопустимо, так как они, в отличие от биохимических анализаторов, дают определённую погрешность измерения, возможную лишь при проведении самоконтроля больными сахарным диабетом.

И, наконец, третьим направлением программы является создание системы мониторинга за лицами, у которых были выявлены ранние нарушения углеводного обмена или СД2. Подобный мониторинг должен включать программу лечения нарушений углеводного обмена и отслеживание прогрессирования заболевания.

Таким образом, на сегодняшний день в Российской Федерации существует настоятельная потребность в разработке и внедрении специальной программы, направленной на предотвращение СД и ранних нарушений углеводного обмена (НТГ и НГН).



Максим Спивяцкий

Инна Владимировна Мисникова, кандидат медицинских наук, старший научный сотрудник отделения терапевтической эндокринологии МОНИКИ

Двадцатого декабря 2006 года была принята резолюция Организации Объединённых Наций (ООН), которая впервые в истории заявила о всемирной угрозе, связанной с неинфекционным хроническим заболеванием — сахарным диабетом. В Российской Федерации, как и во всём мире, в настоящее время неуклонно растёт распространённость сахарного диабета 2-го типа (СД2) и ранних нарушений углеводного обмена (РНУО) — нарушением толерантности к глюкозе (НТГ) и нарушенной гликемии натощак (НГН), а также их сочетания (НТГ + НГН), объединяемых термином «предиабет» [1, 2], чтобы подчеркнуть предрасположенность лиц с РНУО к сахарному диабету. Показано, что в первый год после установления диагноза НТГ у 5–10% пациентов НТГ переходит в СД2, через пять лет — у 20–35% человек, а если НТГ сочетается с НГН, то СД2 через пять лет развивается у 38–65% [3]. Истинная распространённость явного СД2 в несколько раз превышает регистрируемую [4, 5], время от возникновения заболевания до его выявления может

достигать 7–12 лет [6], 50% больных СД2 к моменту установления диагноза уже имеют те или иные осложнения этого заболевания [7]. При этом раннее выявление СД2 и РНУО способствует своевременному началу лечения и в итоге предотвращению развития осложнений сахарного диабета, ведущих к инвалидизации больного [8, 9].

Таким образом, исследование преследовало следующие цели: 1) выявить по результатам орального глюкозотолерантного теста (ОГТТ) распространённость СД2 и РНУО среди выбранной группы взрослого населения Московской области; 2) сравнить полученные данные с результатами, предоставляемыми районными эндокринологами для Регистра больных сахарным диабетом Московской области, в котором распространённость СД2 оценивается по обращаемости больных.

Материал и методы

Проведён скрининг населения двух муниципальных образований Московской области (Луховицкий район и г. Жуковский) с 23 марта по 10 мая 2006 года.

Выборка формировалась следующим образом: из базы данных



Максим Спивяцкий

Илья Алексеевич Барсуков, аспирант кафедры эндокринологии ФУВ МОНИКИ

полисов обязательного медицинского страхования (ОМС), насчитывающей 100 666 человек (41% составляли мужчины и 59% – женщины), методом случайной выборки согласно половозрастному составу населения были отобраны 8 000 человек в возрасте 18 лет и старше, которым были разосланы письма, приглашающие их принять участие в скрининге. Выборка осуществлялась с помощью таблицы случайных чисел, генерируемых компьютерной программой Microsoft Office Excel 2006. Полученные числа соответствовали порядковым номерам полисов в базе данных ОМС.

Для того чтобы половозрастной состав группы приглашённых соответствовал таковому всего взрослого населения муниципального образования, генерация номеров осуществлялась по возрастным группам с пятилетним интервалом, а также с учётом числа мужчин и женщин в каждой группе. Таким образом, половозрастной состав выборки полностью соответствовал таковому населения данных муниципальных образований Московской области.

Скрининг осуществлялся на базе поликлиники ЦРБ г. Луховицы и трёх поликлиник г. Жуковский Московской области. Все участники до проведения обследования подписывали форму информированного согласия, утверждённую Независимым комитетом по этике МОНИКИ.

ОГТТ проводился следующим образом: участнику обследования натошак (минимально 12 ч голодания) осуществлялся забор крови из пальца. После этого ему выдавался раствор (75 г глюкозы, растворённой в 250 мл тёплой воды), который он выпивал одномоментно. Второй забор крови производился через 2 ч, которые человек проводил в спокойном, сидячем положении.

Участники обследования во время проведения ОГТТ воздерживались от приёма пищи и жидкости, курения, максимально

ограничивали физическую активность. Глюкоза плазмы определялась с помощью портативного анализатора глюкозы НемоСue Glucose 201+ (Швеция).

Интерпретация результатов проводилась в соответствии с критериями Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), принятыми в 1999 году [10].

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью компьютерной программы SPSS 11.0. Все результаты представлены в виде средних значений (M) \pm стандартное отклонение (SD), а также целых значений (n) и процента (%). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В скрининге приняли участие 2 638 человек – 797 мужчин (30,21%) и 1841 женщина (69,79%). Средний возраст скринированных лиц составил $52,61 \pm 15,79$ года, что соответствует среднему возрасту взрослого жителя данных районов Московской области.

У 130 человек диагноз сахарного диабета 2-го типа был установлен ранее, поэтому они были исключены из исследования. В результате стандартный оральный глюкозотолерантный тест (ОГТТ) был проведён всем лицам, у которых ранее нарушения углеводного обмена не выявлялись: всего 2 508 обследованных.

Среди 2 508 лиц выявлено 320 человек (12,76%) с различными нарушениями углеводного обмена. У 2 187 человек (87,24%) нарушений углеводного обмена не выявлено.

Как видно из рис. 1, наиболее распространённым НУО является НТГ (37,5% от всех НУО), несколько ниже (30,6%) распространённость СД2, затем следует НГН (18,1%), наименее распространено сочетание НГН + НТГ у одного лица (13,8%). В целом распространённость РНУО превышала распространённость впервые выявленного СД2 в 2,26 раза.

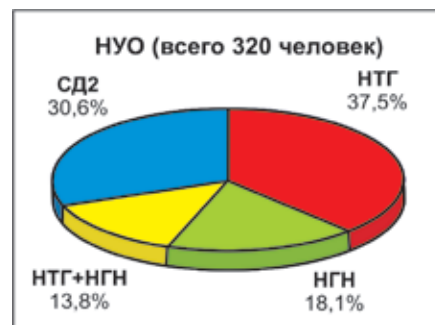


Рис. 1. Структура нарушений углеводного обмена, по данным скрининга

По данным скрининга, распространённость впервые выявленного СД2 составила 3,9% (рис. 2).

Среди населения Московской области, по данным Регистра, распространённость СД2 составляет 1,74% [9]. В двух муниципальных образованиях, где проводился скрининг, этот показатель составляет в среднем 2,19% (1,21% у мужчин, 2,98% у женщин). Можно предположить, что распространённость СД2 составляет 6,09% ($3,9 + 2,19\%$), превышая регистрируемую в 2,78 раза.

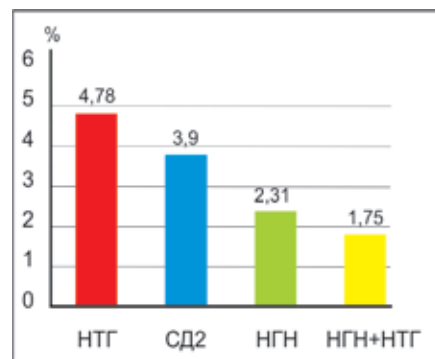


Рис. 2. Распространённость нарушений углеводного обмена, по данным скрининга

Распространённость НТГ, по результатам скрининга, составила 4,78% (рис. 2). Следует заметить, что распространённость НТГ, по данным Регистра, в Московской области ничтожно мала. В частности, в двух обследованных нами районах распространённость НТГ в 2006 году составила, по данным Регистра, 0,03%.

Выявленная в ходе скрининга распространённость НГН составила 2,31%, сочетания НТГ и НГН –

1,71% (рис. 2). Данные по частоте НГН в Регистре отсутствуют, так как Регистр не предусматривает возможности учёта этого нарушения углеводного обмена.

Почти полное отсутствие в Регистре лиц с РНУО связано с тем, что НТГ и НГН не учитываются в МКБ-10 как нозологические единицы. Именно поэтому они не выносятся в лист уточнённых диагнозов амбулаторной карты больного, а следовательно, большинство случаев НТГ и НГН остаётся неучтённым.

Таким образом, распространённость впервые выявленных нарушений углеводного обмена в целом, по данным скрининга, составила 12,76%, а распространённость, по данным Регистра, двух обследованных районов – 2,22% (рис. 3).

Сопоставляя данные, полученные в ходе скрининга с уже известными, можно предположить, что распространённость всех НУО среди взрослого населения данных муниципальных образований достигает 14,98% (12,76% + 2,22%).

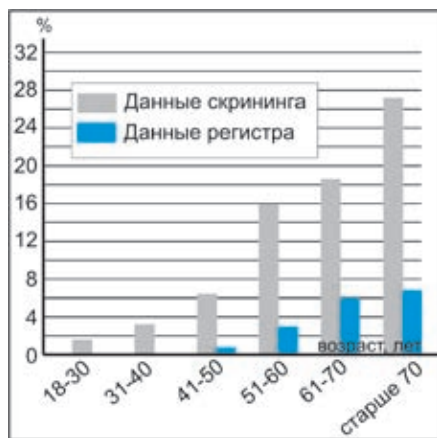


Рис. 3. Распространённость нарушений углеводного обмена в зависимости от возраста, по данным скрининга и данным Регистра

Сопоставимые результаты были получены в других регионах России и в ряде зарубежных стран. Так, по данным скрининга НУО работающего населения г. Челябинска, проведённого в 2005 году с использованием ОГТТ, распространённость НГН, НГН + НТГ и СД2 составила 7,4, 1,6 и

Распространённость СД2 и ранних нарушений углеводного обмена (РНУО) в зависимости от пола и возраста, по данным скрининга

Возраст, лет	Мужчины		Женщины		Всего	
	СД2, %*	РНУО, %*	СД2, %*	РНУО, %*	СД2, %*	РНУО, %*
18–30	0	0,98	0,46	1,38	0,31	1,25
31–40	0	1,33	1,09	2,73	0,78	2,33
41–50	0	2,52	0,86	7,16	0,64	5,98
51–60	6,9	10,34	5,65	9,83	5,98	9,97
61–70	4,95	11,54	6,86	12,57	6,20	12,22
Старше 70	5,56	19,54	8,28	20,12	7,22	19,86
Всего, %**	3,55	8,55	4,1	8,99	3,9	8,86
Всего, %	11,97		13,11		12,76	

Примечания: * – % от возрастной группы среди мужчин и женщин; ** – % от группы среди мужчин и женщин.

5,2%, соответственно. Распространённость выявленного в ходе скрининга СД2 превосходила зарегистрированную в 3,3 раза [11]. При скрининге коренного населения Аляски (эскимосов) получены следующие данные: распространённость СД2 и НГН среди взрослого населения составила 5,1 и 3,8% соответственно [12]. По данным МДФ, в 2007 году распространённость СД2 и НТГ в Бельгии достигала 7,9 и 6,4% соответственно; в Финляндии – 8,4 и 6,9%; во Франции – 8,4 и 7,5%; в Казахстане – 5,6 и 7,1%; в Германии – 11,8 и 6,4% [13].

Распространённость как СД2, так и РНУО увеличивалась с возрастом, причём процент лиц с РНУО в каждой возрастной группе приблизительно в два раза превышал процент лиц с СД2 (см. табл.). Исключение составляли лица в возрасте от 41 до 50 лет, у которых распространённость РНУО более чем в девять раз (9,34) превышала распространённость СД2. Обращает внимание высокая распространённость недиагностированных НУО среди пожилых людей: у лиц в возрасте от 61 до 70 лет она приближалась к 20% (18,42%, в том числе СД2 – 6,2%, РНУО – 12,22%), а у лиц старше 70 лет – к 30% обследованных (27,08%, в том числе СД2 – 7,22%, РНУО – 19,86%).

Следует заметить, что если распространённость РНУО увеличи-

валась с возрастом постепенно, то процент лиц с СД2 резко возрастал после 50 лет (до 6% и более), до этого оставаясь на уровне менее 1% (рис. 4). Такой же скачок данного показателя был отмечен при скрининге работающего населения г. Челябинска [11].

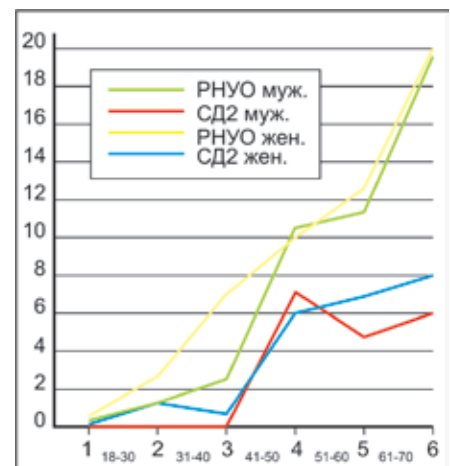


Рис. 4. Распространённость СД2 и ранних нарушений углеводного обмена в зависимости от пола и возраста, по данным скрининга

Распространённость различных РНУО в зависимости от пола и возраста представлена на рис. 5. Значительный рост распространённости НТГ, НГН и их сочетания начинается в возрастной группе старше 40 лет, причём у мужчин распространённость НГН достигает пика в возрастной группе 51–60 лет, в то время как у женщин подобной картины не наблюдается.

Распространённость НГН у мужчин данной возрастной группы выше, чем у женщин в 2,75 раза. Также обращает внимание значительное преобладание (в 2,73 раза) сочетания НГН + НТГ у мужчин в возрасте старше 70 лет (рис. 5).

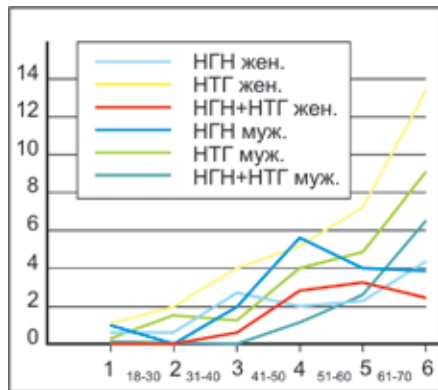


Рис. 5. Распространённость пре-диабета (НГН, НТГ, НТГ + НГН) в зависимости от пола и возраста, по данным скрининга, %

Существенных гендерных различий в распространённости СД2 во всех возрастных группах получено не было ($p > 0,05$). Суммарная распространённость РНУО в возрастных группах от 41 до 50 лет достоверно ($p < 0,05$) выше у лиц женского пола (в 2,84 раза), оставаясь в других возрастных группах на сопоставимом уровне.

При сравнении данных, полученных при скрининге, с данными Регистра больных сахарным диабетом Московской области видны существенные различия (рис. 6). Так, по данным Регистра, распространённость СД2 у женщин во всех возрастных группах старше 40 лет почти в два раза выше, чем у мужчин, оставаясь одинаковой у лиц в возрасте 18–40 лет.

По данным скрининга, у мужчин младше 51 года случаев СД2 в обследованной группе выявлено не было, а у женщин данной возрастной категории частота СД2 была на порядок выше, чем регистрируемая.

Существенное превалирование распространённости СД2 среди женщин, по данным Регистра, вполне объяснимо, поскольку женщины

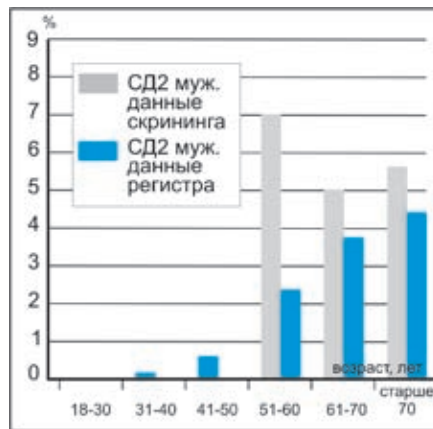


Рис. 6. Распространённость СД2 у мужчин и женщин в зависимости от возраста, по данным скрининга и данным Регистра, %

чаще, чем мужчины, обращаются за профилактической и медицинской помощью, даже если считают своё здоровье хорошим [14].

В целом, распространённость выявленного в ходе скрининга СД2 во всех возрастных группах превышала регистрируемую, за исключением женщин возрастной группы 61–70 лет (рис. 6).

Обращает внимание значительное преобладание недиагностированного СД2 в возрастной группе 51–60 лет (т. е. у лиц трудоспособного возраста), причём у мужчин распространённость впервые выявленного СД2 превышала известную более чем в три раза (6,9 и 2,27% соответственно), в то время как у женщин этой возрастной группы разница составляла $\approx 1,5$ раза (5,65% и 3,69% соответственно) (рис. 6).

Также была изучена распространённость ожирения и артериальной гипертензии у скринированных лиц. Среди больных СД2 распространённость ожирения (ИМТ ≥ 30 кг/м) превышала 68,37%, при этом средний ИМТ был $32,14 \pm 5,18$ кг/м, несколько реже ожирение встречалось у лиц с сочетанием НГН+НТГ — 63,64% (средний ИМТ $33,47 \pm 7,3$ кг/м). Лица с НГН и НТГ имели ожирение в 56,9% (средний ИМТ $32,99 \pm 6,76$ кг/м) и 48,33% случаев (средний ИМТ $30,52 \pm 5,89$ кг/м) соответственно. Среди лиц, не имеющих нарушений углеводного обмена, распространённость ожирения была существенно ниже — 30,36% (средний ИМТ $27,79 \pm 5,46$ кг/м) (рис. 7).

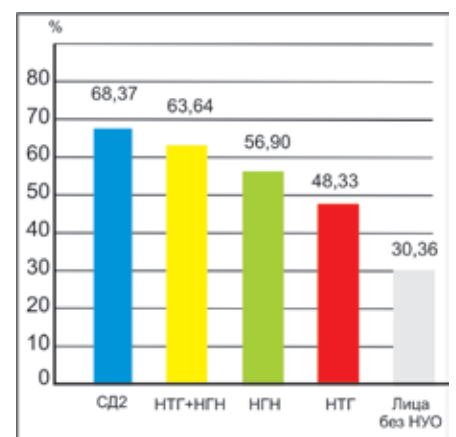


Рис. 7. Распространённость ожирения, по данным скрининга, %

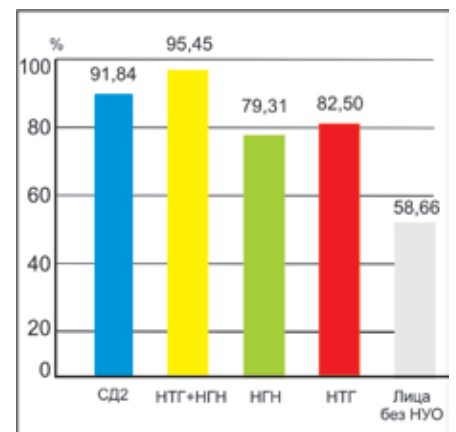


Рис. 8. Распространённость артериальной гипертензии, по данным скрининга, %

Распространённость артериальной гипертензии (АГ), которая оценивалась как систолическое АД ≥ 130 мм рт. ст. и/или диастолическое АД ≥ 85 мм рт. ст., была максимальной (95,45%) у лиц с сочета-

нием НГН + НТГ, несколько ниже у больных с впервые выявленным СД2 (91,84%). У лиц с НГН и НТГ распространённость АГ была 79,31 и 82,5% соответственно. Заметим, что среди лиц, у которых нарушение углеводного обмена выявлено не было, распространённость АГ достигала 58,66% (рис. 8).

При анализе результатов скрининга выявлено, что три компонента метаболического синдрома (гипергликемия, АГ, ожирение) выявлены у 66,33% больных с впервые диагностированным СД2, у 63,64% лиц с сочетанием НГН + НТГ, у 50% лиц с НГН и у 40,8% лиц с НТГ.

Выводы

1. Распространённость недиагностированных нарушений углеводного обмена в репрезентативной выборке взрослого населения Московской области составляет 12,76%, в том числе СД2 – 3,9% и ранних нарушений углеводного обмена – 8,86%. В результате распространённость всех видов нарушений углеводного обмена в целом составляет 14,98%, а СД2 – 6,09%. Без учёта данных скрининга, распространённость СД2 в обследуемом регионе оказалась заниженной в 2,78 раза.

2. Распространённость ранних нарушений углеводного обмена с возрастом постепенно нарастает, достигая максимума (19,86%) у лиц старше 70 лет. Распространённость СД2 скачкообразно возрастает (с уровня менее 1 до 6%) у лиц 51–60 лет, постепенно повышаясь в следующие возрастные декады.

3. Распространённость трёх компонентов метаболического синдрома среди лиц с ранними нарушениями углеводного обмена достигала 47,75%, а при впервые выявленном СД2 – 66,33%, причём максимальная распространённость ожирения наблюдалась у больных СД2 (68,4%), а артериальной гипертензии – у лиц с сочетанием НГН + НТГ (95,4%).

4. Достоверных гендерных различий в распространённости впервые диагностированного СД2 не выявлено. Ранние нарушения углеводного

обмена выявляются в 2,84 раза чаще у женщин, чем у мужчин, причём только в возрасте 41–50 лет.

Литература

1. *Diabetes Association*. Diabetes and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care* 2004; 27(Suppl. 1): P 5–10.

2. *Prediabetes – a global snapshot*. 1st Int. Congress on Prediabetes and The Metabolic Syndrome. Berlin, 2005, abstract 1.

3. *Dowse GK, Zimmet PZ, King H*: Relationship between prevalence of impaired glucose tolerance and NIDDM in a population. *Diabetes Care*, 1991. 14: P 968–974.

4. *Misnikova I, Dreval A., Barsukov I., Ponchakova G., Kuznetsov A.*: Prevalence of type 2 diabetes mellitus, impaired fasting glucose and impaired glucose tolerance among adult population of Moscow county. Abstracts of 42nd Annual Meeting of the European Diabetes Epidemiology Group of the EASD, 31st March – 3rd April 2007, Cambridge, UK. P 34.

5. *Misnikova I, Dreval A., Barsukov I., Ponchakova G., Kuznetsov A.*: Prevalence of impaired fasting glucose, impaired glucose tolerance and type 2 diabetes mellitus among adult population of Moscow County. *Diabetes & Vascular Disease Research*: March 2007, Vol 4, Suppl 1, S113 (Abstracts of 2nd International Congress on «Prediabetes» and the Metabolic Syndrome, 25s–28rd April 2007, Barcelona, Spain).

6. *Engelgau M.M., Narayan V., Herman W*. *Diabetes Care* 2000; Vol. 23, № 10. P 1563–1580.

7. *Lawrence J., Robinson A*. *Prev. Cardiol.* 2003; Vol. 6, № 2. P 78–84.

8. *Дедов И. И., Сунцов Ю. И.,*

Кудрякова С. В. Экономические проблемы сахарного диабета в России. *Сахарный диабет*, 2000; № 3. С. 56–58.

9. *Семёнов В.Ю., Берташ С.А., Древаль А.В., Мисникова И.В., Горенков Р.В., Ковалёва Ю.А., Рахманова З.Б.* Регистр сахарного диабета Московской области как основной инструмент контроля качества диабетологической помощи в регионе // Эпидемиологическая ситуация по сахарному диабету в Московской области в 2004 г. (по данным Регистра), Москва, Элекс-КМ, 2005. С. 7–21.

10. *World Health Organization: Definition, Diagnosis, and Classification of Diabetes Mellitus and Its Complications: Report of a WHO consultation. Part 1: Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus*. Geneva, World Health Org., 1999 (WHO/NCD/NCS/99.2).

11. *Вайчулис И.А., Шапошник И.И., Вайчулис Т.Н.* Результаты скрининга сахарного диабета и других нарушений углеводного обмена среди работающего населения Челябинска. *Сахарный диабет*, 2006, № 4. С. 51–55.

12. *Carter E.A., MacCluer J.W., Dyke B., Howard B.V., Devereux R.B., Ebbesson S.O.E., Resnick H.E.*: Diabetes mellitus and impaired fasting glucose in Alaska Eskimos: the Genetics of Coronary Artery Disease in Alaska Natives (GOCADAN) study: *Diabetologia* 2006 (49): P 29–35.

13. *IDF Diabetes Atlas, Third Edition*, 2006, P1; Brussels, International Diabetes Federation, 2006.

14. *Назарова И.Б.* Гендерные стереотипы применительно к индивидуальному здоровью. Интернет-конференция «Гендерные стереотипы в современной России» с 1.05.06 по 7.07.06, ГУ-ВШЭ, Москва. ■

Контакты: Древаль Александр Васильевич, проф., д. м. н., руководитель
отделения терапевтической эндокринологии МОНИКИ.

Тел. (495) 681-13-08, e-mail: ENDOCRINOLOG-SAB@YANDEX.RU

Мисникова Инна Владимировна, к. м. н., ст. науч. сотр. отделения
терапевтической эндокринологии МОНИКИ. Тел. (495) 688-95-93,

e-mail: INNA-MISNIKOVA@MAIL.RU

Барсуков Илья Алексеевич, аспирант кафедры эндокринологии ФУВ
МОНИКИ. Тел. (495) 688-95-93, e-mail: PALANTIRR@INBOX.RU

Адрес: 129110, Москва, ул. Щепкина, дом 61/2, корпус 9,
отделение терапевтической эндокринологии МОНИКИ

Работаем по мировым стандартам

■ Наталья Кириллова

Без преувеличения можно сказать, что Александр Новосельский – одна из ключевых фигур ивановского здравоохранения. Впрочем, его имя известно далеко за пределами региона, а заслуги оценены на российском и международном уровнях. Когда в 1982 году Александр Николаевич возглавил созданную на базе ИГМИ научно-исследовательскую лабораторию реабилитации, мало кто мог предположить, что со временем она вырастет в крупное многопрофильное лечебное учреждение, клиническую больницу восстановительного лечения.



Сегодня ГКБВЛ № 5 – школа передового опыта, активно развивающая связи с ведущими научными и лечебными центрами России, широко известная в стране благодаря высокой эффективности применяемых в ней методик, помогающим тысячам пациентов вернуть здоровье. Пятая городская клиническая больница восстановительного лечения работает в сфере восстановительной медицины более 20 лет и сегодня занимает лидирующие позиции в России по вопросам теории и практики восстановительной медицины и вертеброневрологии. Учреждение является клинической базой кафедр восстановительной медицины и общественного здоровья и организации здравоохранения Ивановской государственной медицинской академии.

Больница состоит из двух стационарных отделений – взрослого и детского (на 80 и 60 коек соответственно), поликлиники на 140 посещений в смену, консультативно-диагностического центра. Также в структуру ГКБВЛ входят санаторное отделение для взрослых, где проводится реабилитация неврологических больных и беременных групп риска, и санаторно-оздоровительный лагерь для детей.

Со дня на день ожидается знаковое для больницы событие. Она должна получить статус регионального Центра восстановительной медицины и реабилитации. Это даст ей возможность принимать участие в федеральных целевых программах, увеличит финансирование, а по ряду направлений

Досье

Александр Новосельский родился в г. Иваново в 1947 году. В 1971-м окончил Ивановский мединститут по специальности «Врач-невролог», затем аспирантуру. Работал в ЛПУ ортопедо-травматологического профиля. С 1976 года – научный сотрудник Ивановского ГМИ, занимается вопросами реабилитации и восстановительной медицины. В 1984 году возглавил городской амбулаторный центр реабилитации текстильщиков (ныне ГКБВЛ № 5).

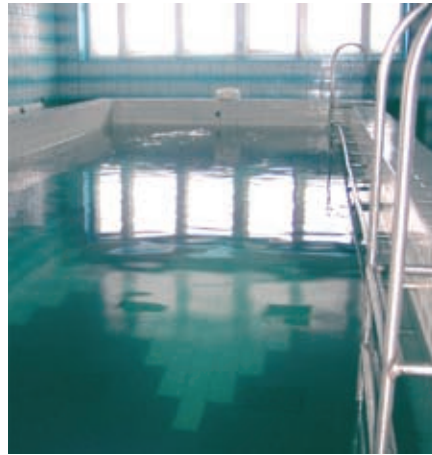
Заслуженный врач РФ. Доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой восстановительной медицины ФДППО ИвГМА. Главный внештатный специалист департамента здравоохранения Ивановской области и городского управления здравоохранения по восстановительной медицине. Инициатор разработки концепции формирования службы восстановительной медицины города. Член правления Всероссийской ассоциации вертеброневрологов. Автор свыше 150 статей, 12 рацпредложений, 4 изобретений, имеет множество международных патентов. Среди наград – десятки почетных грамот, дипломов за участие в международных и областных салонах новых технологий и инноваций, золотая медаль Международной выставки инноваций «Эврика – 2005» в Брюсселе, серебряная медаль НИИ Профилактики, награжденный знак «Золотая медаль им. А. Чижевского» и другие.

Женат, воспитал двоих детей. Дважды дедушка.

своей деятельности учреждение сумеет выйти на межрегиональный уровень. В частности, по лечению взрослых и детей с патологией позвоночника.

– Мы оказываем специализированную медицинскую помощь, – говорит Александр Новосельский, – принимая на лечение пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата (больные ортопедо-травматологического и неврологического профилей, последний мы делим на два потока – заболевания периферической нервной системы, в первую очередь с заболеваниями позвоночника, и травмы и заболевания ЦНС. Здесь мы ориенти-

руемся на сосудистую патологию головного мозга). Ведущее направление нашей деятельности – восстановительная медицина. Это система научных знаний и практической деятельности, направленная на восстановление функциональных резервов человека, сниженных в результате неблагоприятного воздействия факторов внешней среды и деятельности, или в результате болезни – на этапе выздоровления. Она объединяет в себе два основных направления: сохранение и восстановление здоровья практически здоровых людей, а также лиц, имеющих функциональные нарушения или пред-



болезненные расстройства, которые являются обратимыми, и медицинскую реабилитацию больных людей и инвалидов. Её основа – первичная, вторичная и третичная профилактика. В плане вторичной и третичной профилактики у нас накоплен немалый опыт работы. Здесь можно выделить два направления: предотвращение первичного выхода на инвалидизацию (и наши показатели в три-четыре раза превышают областные и республиканские) и формирование у больных с хронической патологией длительной стойкой ремиссии. Порядка 60% наших пациентов, пройдя лечение, имеют ремиссию (то есть не испытывают болевых ощущений) от двух до десяти лет. А если периодически проходить дополнительный курс лечения, то период ремиссии будет увеличен ещё на несколько лет. В клинике разработаны и широко применяются организационные, диагностические, лечебные и профилактические технологии восстановительной медицины, часть из которых запатентована.

Так, у нас в больнице за курс лечения на одного больного приходится 160 лечебно-диагностических процедур против 40 в обычном лечебно-профилактическом учреждении. Мы широко используем комплекс методов восстановительной медицины: мануальную терапию, физиотерапию, иглорефлексотерапию, психотерапию, лечебную физкультуру – с пациентом работает целая команда врачей, куда входят психотерапевт, мануальный терапевт, физиотерапевт, врач по лечебной физкультуре, доктора-смежники, невропатолог, терапевт в случае необходимости. Но главный здесь – лечащий врач. Это основной момент

специфики нашей больницы. А на сегодняшний день большое внимание мы уделяем первичной профилактике, используем в работе методики, которые являются зачастую уникальными не только для России, но и для мировой практики реабилитации. Технологии клиники активно используются в различных регионах РФ, США и стран Европы.

Комплексный подход к пациенту, ориентированный на современные технологии, позволяет достичь высоких результатов. Сегодня больница специализируется на реабилитации пациентов с различными двигательными дефектами. У нас разработан программно-аппаратный комплекс для диагностики двигательного стереотипа – «Стабилан-3D», получивший серебряную медаль 6-го Московского инновационного салона. Кресло «Дуосит», предложенное сотрудниками клиники, удостоено золотой медали Всемирной выставки инноваций в Брюсселе «Эврика – 2005».

Внедрение медико-эргономических подходов к профилактике и лечению патологии позвоночника у взрослых и детей с использованием эргономического кресла «Дуосит» позволяет устранять нарушения осанки в детском возрасте и сохранять высокую степень трудоспособности у взрослых.

Проведённый нами скрининг состояния опорно-двигательного аппарата у 3000 школьников города с привлечением программно-аппаратных методик и конституционального подхода оказался намного информативнее обычных диспансерных осмотров и позволил разработать и апробировать Программу профилактики заболеваний опорно-двигательного аппарата

у детей. Экологическая обстановка, малоподвижный образ жизни в связи с возросшей учебной нагрузкой, ношение тяжёлых портфелей, а также школьная мебель, зачастую не соответствующая эргономическим требованиям и не учитывающая антропометрических данных учащихся разных возрастов, – все эти факторы ухудшают состояние опорно-двигательной системы у детей. Необходимость активного сохранения их здоровья в этих неблагоприятных условиях заставляет обратить серьёзное внимание на роль восстановительной медицины.

Помимо своего региона, мы проводим исследования в Вологде, Владимире, Нижнем Новгороде, Москве, ХМАО и многих других регионах России.

– «Мы» – это...

– ...высококвалифицированный стабильный коллектив ГКБВЛ № 5. Свыше 300 сотрудников, в том числе три доктора и 17 кандидатов медицинских наук; 40% врачей имеют высшую квалификационную категорию.

Больница является региональной экспериментальной площадкой по формированию системы управления сестринским персоналом с участием медицинских сестёр с высшим медицинским образованием, участницей пилотного проекта «Российско-Канадская инициатива по отработке и внедрению сестринских инноваций».

Д. А. Авербух, Т. В. Кудрина, И. Н. Павлова, А. А. Быков, И. В. Карманова, А. А. Пролётов – вот имена лишь нескольких моих коллег. Они все – замечательные люди и прекрасные врачи, и моя задача как руководителя – сделать всё возможное для того, чтобы у моих коллег были достойные условия работы и достойная заработная плата.

P.S. Люди, близко знающие Александра Николаевича, коллеги, пациенты очень ценят и любят этого бесконечно преданного делу человека, умеющего думать о коллективе, отклонившего в тяжёлые минуты жизни немало предложений от представителей частной медицины. Всегда помня, что за ним стоят люди, он служит им – даже в ущерб собственному здоровью и времени. ■

Для жителей родного района

■ ЕЛЕНА ГОРБУНОВА

Ивановский район – ближайший к городу Иваново. Его Центральная больница – это молодое учреждение, обслуживающее 36-тысячное население. Трудится в нём 361 человек. 61 врач ведёт приём по 17 специальностям. Три специалиста – кандидаты наук. Больница имеет 120 коек терапевтического, неврологического и педиатрического профиля.

Истоки Ивановской ЦРБ уходят в 1976 год, когда в связи со строительством в районе крупного совхоза «Тепличный» была организована Новоталицкая амбулатория, где вели приём три специалиста: терапевт, педиатр и стоматолог. Именно на базе этого медицинского учреждения и участковой больницы села Балахонки, возглавляемой В. Н. Смирновым, после долгих и сложных преобразований и основана в 1999 году Ивановская центральная районная больница.

В 1980 году в Новоталицах было построено новое двухэтажное здание поликлиники, в котором к основным специалистам добавились невролог, хирург, гинеколог, окулист и лор-врач. В 1999 году поликлинике было передано и трёхэтажное здание совхозного общежития, где после реконструкции разместился стационар. Через год после открытия терапевтического отделения на 25 коек появились педиатрическое, неврологическое отделения и отделение скорой помощи. Открылись новые диагностические и лечебные кабинеты – рентгенографический, флюорографический и зубопротезный. Расширились возможности клинических и биохимических лабораторий, а также кабинетов функциональной диагностики. А вскоре решено было применять и ультразвуковую диагностику.

Одним из отделений районной клиники стала Балахонковская участковая больница. Здесь, кроме 20 терапевтических коек, 20 образуют неврологическое отделение для реабилитации и восста-

новительного лечения лиц, перенёсших инсульт. Сюда, в пригород Иваново, поступают больные не только из района, но и из областной больницы и городской клинической больницы № 3. Три раза в течение года, по 14–16 дней, больные восстанавливают своё здоровье с помощью массажа, лечебной физкультуры и физиолечения. Совершают прогулки по живописным окрестностям, а многие и рыбачат на берегу реки Уводь. Дальнейшее лечение проводится в специализированном отделении реабилитации и восстановительного лечения или в санатории.

Благодаря национальному проекту «Здоровье» в больнице появилось новое ультразвуковое оборудование, полностью переоснащён кабинет функциональной диагностики, установлено и запущено новое оборудование в лабораториях – появился автоматический биохимический анализатор и много другой техники. В результате на сегодняшний день в поликлинике избавились от очередей на биохимические исследования и сократилась очередь на УЗИ. Парк машин скорой помощи обновлён тремя новыми автомобилями со специальным оборудованием.

Вся специализированная стационарная помощь в области хирургии, гинекологии, офтальмологии, отоларингологии, эндокринологии и тому подобная оказывается в клиниках областного центра.

Как говорит главный врач, работа медучреждений района не смогла бы стать успешной без постоянной поддержки Департамента здравоохранения Ивановской области в



Досье

Владимир Смирнов – отличник здравоохранения, кандидат медицинских наук в области педиатрии. Депутат районного Совета; ранее, в течение 8 лет, помощник и доверенное лицо депутата по Ивановскому району, а ныне депутата Государственной думы РФ Татьяна Владимировны Яковлевой.

В 1978 году после окончания Ивановского государственного медицинского института вернулся в родной Ивановский район, в котором родился и вырос. Ему отдал и 30 лет своей трудовой жизни. Начиная свою деятельность в участковой больнице села Балахонки, где работал и главным врачом, и терапевтом, и педиатром, и гинекологом, и стоматологом – всё в одном лице. 27 лет Владимир Николаевич руководит Ивановской центральной районной больницей.

лице его начальника Ирины Георгиевны Атрашенко. «Кроме того, – добавляет Владимир Николаевич, – постоянными нашими помощниками стали совхоз «Тепличный», завод технического углерода, совхоз «Вергуза», колхозы «Маяк», «Россия» и многие частные предприниматели. Благодаря им в больнице и по сей день расширяется доступность и качество медицинской помощи для укрепления здоровья жителей района». ■



ASTANA ZDOROVIE

5-я Юбилейная Казахстанская Международная

ВЫСТАВКА по ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



11-13 сентября 2008

Дворец Спорта «Алатау», Астана, Казахстан

www.astanazdorovie.kz

Организаторы:



Итеса (Астана):
Тел: +7 (7172) 580255/ 580455;
Факс: +7 (7172) 58 02 53
E-mail: zdorovie@iteca.kz
Контактное лицо: Евгения Гусак



ITE (Лондон):
Тел.: +44 (0) 207 596 5091;
Факс: +44 (0) 207 596 5111;
Rukhsara.Mamedsalakhova@ite-exhibitions.com
Контактное лицо: Руксара Мамедсалахова



Приоритеты больницы имени Боткина

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА

В следующем году Орловская городская больница имени С. П. Боткина будет отмечать 40-летие со дня образования. Несмотря на относительно молодой возраст, учреждение пережило уже несколько крупных структурных реформ. Днём его рождения считается 17 сентября 1969 года, когда в одном из микрорайонов г. Орла была открыта поликлиника № 4 для обслуживания населения Верхнего и Нижнего Щекочихина, рабочих сталепрокатного и силикатного заводов, мясокомбината. Спустя год на базе поликлиники была образована медсанчасть сталепрокатного завода.

В её составе, кроме поликлинического отделения, были три терапевтических, хирургическое, неврологическое, детское кардиоревматологическое, а также физио- и рентгенологическое отделения. Ещё через год были открыты сразу два инфекционных отделения.

Все последующие годы МСЧ сталепрокатного завода продолжала развиваться, пока в стране не начались рыночные преобразования в экономике. В результате реформ промышленные предприятия, имеющие на своём балансе так называемые непрофильные активы, стали от них активно избавляться. Тем более новое российское законодательство это разрешало.

В связи с этими событиями в сентябре 2001 года МСЧ Орловского сталепрокатного завода была по решению администрации переименована в городское медицинское объединение им. С. П. Боткина. Через шесть лет после этого, опять же по решению администрации, объединение было преобразовано в городскую больницу. С февраля 1992 года главным врачом этого медицинского учреждения является Юрий Воробьёв. За годы его руководства оно вошло в число ведущих ЛПУ города Орла и Орловской области. Сегодня Юрий Викторович – гость нашего журнала.

— Юрий Викторович, расскажите, что собой представляет ваша больница и, кстати, почему ей было присвоено имя Сергея Петровича Боткина?

— Боткин — один из величайших российских врачей и учёных, прежде всего в области инфекционных заболеваний. А в нашей больнице инфекционные отделения (их два) были открыты одними из первых, в 1971 году. И практически сразу же инфекционная служба нашей медсанчасти стала выполнять функции областной. Поэтому мы предложили присвоить нашему учреждению имя славного учёного и врача России. С тех пор коллектив медиков стремится неформально нести это имя. Считаем своим долгом постоянно внедрять и развивать современные методы диагностики, лечения.

Кроме того, мы возродили и поддерживаем традиции проведения так называемых «Боткинских суббот». На них мы приглашаем заслуженных людей, талантливых молодёжь города — и не только работающих в сфере здравоохранения, но и в самых различных областях — культуры, спорта, образования. Также у нас периодически организуются вечера отдыха, поездки в исторические места, спортивные соревнования, дни здоровья. Мы знаем, что и С. П. Боткин занимался не только наукой и медицинской практикой, но и санитарно-просветительской работой, был замечательным наставником для молодых специалистов.



Юрий Воробьёв, главный врач городской больницы им. С. П. Боткина

Досье

Юрий Воробьёв родился в 1946 году. По окончании Курского медицинского института был направлен на работу в МСЧ сталепрокатного завода г. Орла. Здесь началась его карьера врача-хирурга, здесь она и продолжается. Под руководством Юрия Викторовича в МСЧ начался процесс ускоренного совершенствования организационной и лечебно-диагностической деятельности учреждения. В 1994 году МСЧ вошла в число первых медицинских учреждений, получивших в новых условиях бюджетно-страховой медицины лицензию на право оказания населению широкого спектра медицинских услуг. Активно совершенствовался механизм эффективного взаимодействия всех подразделений больницы. Постоянно проводилась работа по улучшению качества и культуры медицинского обслуживания, повышению уровня лечебно-диагностического процесса.

34-летний стаж работы в здравоохранении доктора Воробьёва отмечен медалью «За трудовую доблесть», званием «Заслуженный врач РФ», значком «Отличник здравоохранения», неоднократными грамотами МЗСР РФ, областной и городской администраций.

С 1998 года, третий созыв подряд, Юрий Викторович является депутатом областного Совета народных депутатов. Кроме того, он член учёного совета Орловского медицинского института. С 2004 года – член коллегии администрации Советского района г. Орла, член правления территориального фонда обязательного медицинского страхования.

— А как ваша больница выполняет свою главную миссию — лечит и оздоравливает пациентов?

— Сегодня больница им. Боткина — это многопрофильное лечебно-профилактическое учреждение, обслуживающее более 80 тысяч человек. В его структуре — две поликлиники (для обслуживания взрослого населения и детского) и две женские консультации, каждая из них обслуживает до 30 тысяч женского населения города.

Стационар больницы рассчитан на 540 коек. За год в его отделениях пролечивается более 15 тысяч человек. Кроме инфекционных, у нас организованы терапевтическое, хирургическое, неврологическое, нефрологическое отделения, а также отделение гипербарической оксигенации, эндокринологическое, кардиологическое и акушерско-гинекологическое.

Гордимся мы и своей параклинической службой. Она оснащена самым современным оборудованием. В клинико-диагностической лаборатории проводится до 240 видов исследований (около 1,5 млн в год) — гематологических, биохимических, иммунологических, микробиологических, общеклинических. В отделении лучевой диагностики применяются рентгенологические, эндоскопические, функциональные и ультразвуковые методы диагностики

с использованием холтеровского мониторинга и доплерографии. Физиотерапевтическое отделение предоставляет пациентам более 10 видов процедур. В том числе такие, как магнитная и лазерная терапия, водолечение, ароматерапия.

В больнице работает 1200 человек, около 300 врачей и 670 работников со средним медицинским образованием. 75% медработников имеют первую и высшую аттестационные категории.

— Можно ли из всех направлений, по которым работает коллектив вашей больницы, выделить главные приоритеты?

— Приоритетное положение у нас занимает акушерско-гинекологическое объединение. В двух акушерско-гинекологических отделениях больницы — 160 коек. Уже 7–8 лет подряд до 30% всех рожавших у нас женщин имеют иногороднюю прописку. В последние полтора года эта тенденция усилилась благодаря системе родовых сертификатов, позволяющих женщинам самим выбирать учреждение родовспоможения. В итоге в прошлом году в наших родильных отделениях появилось на свет 2,5 тысячи детей, во всей области — 7 тысяч. В первой половине 2008 года в нашей больнице родилось ещё больше детей, чем за аналогичный период прошлого года, — 1300.

— Есть и другие важные показатели, характеризующие работу акушерско-гинекологической службы любого города и региона страны. Прежде всего это показатели младенческой и перинатальной смертности. На каком уровне они в вашей больнице?

— Показатель младенческой смертности в прошлом году у нас составил 4,3 на 1000 родившихся, перинатальной — 8,0 на 1000. В этом году продолжает снижаться и младенческая, и перинатальная смертность — просматривается дальнейшее улучшение ситуации.

— Это, действительно, очень хорошие показатели. Можно сказать, удивительные, близкие к европейским. За счёт чего вам удалось выйти на этот уровень?

— Полагаю, что это — результат нашей настойчивой планомерной работы на протяжении 17 лет по Ивановской системе. Я имею в виду акушерско-педиатрический комплекс. Наши педиатры, гинекологи внедрили систему подготовки будущих матерей к родам чуть ли не с детского сада — со школьной скамьи уж точно. За девочками с проблемами в репродуктивной системе ведётся диспансерное наблюдение, им оказывается соответствующая медицинская помощь. Благо, в штате больницы есть свои детские гинекологи.

Пять лет назад мы пошли на то, чтобы перевести одну женскую консультацию. Отдали под неё весь этаж взрослой поликлиники, из-за этого другим подразделениям пришлось потесниться. Зато ещё десятки тысяч женщин г. Орла получили доступ к любому виду медицинской помощи безо всяких хлопот. Обнаружили у будущей мамы проблемы с почками? Тут же она направится на лечение в отделение нефрологии. Есть признаки сахарного диабета? Значит, необходимо пройти полное обследование и курс лечения в отделении эндокринологии и т. д.

Я считаю, что эффективность работы акушерско-гинекологического педиатрических комплексов (АГПК) по Ивановской методике ещё недостаточно оценена в стране. В нашем коллективе не сомневаются, к примеру, что положительной динамики в снижении младенческой и перинатальной смертности удалось добиться прежде всего благодаря налаженному взаимодействию между врачами стационара и амбулаторного звена, между специалистами и организаторами здравоохранения взрослой и детской поликлиник, женских консультаций, применению в работе единых принципов. Сейчас во многих регионах РФ активно строятся и открываются на базе действующих ЛПУ перинатальные центры. Минздравсоцразвития РФ также горячо поддерживает создание таких центров. А мне видится, что какими бы современными и комфортными не выглядели эти центры, как бы хорошо они не были оснащены, у родильных домов в структуре многопрофильного медицинского учреждения всё равно есть свои преимущества. О них я только что рассказывал.

— Но идеологи открытия специализированных перинатальных центров тоже объясняют их востребованность падением здоровья женщин репродуктивного возраста, необходимостью в связи с этим пристального наблюдения за состоянием будущих мам, а также и плода. Поэтому открывающиеся перинатальные центры пытаются оснащать самым современным диагностическим оборудованием.

— Так ведь и в нашей больнице за последние годы значительно увеличились диагностические возможности. Появилось много оборудования самых последних разработок учёных, позволяющего проводить всестороннее обследование и матерей, и их детей. У нас используются новейшие методики, позволяющие не только установить отклонение в развитии плода, но и определить, как чувствует себя ребёнок. Именно наша больница, а не специализированный роддом, была первым учреждением, где проводились партнёрские роды в присутствии мужей рожениц и роды в воде. И многие другие методы, которые относятся к методам работы больницы доброжелательного отношения к ребёнку.

— Кроме работы по родовым сертификатам, в каких ещё направлениях нацпроекта «Здоровье» участвует ваш коллектив?

— Наша больница активно задействована в проведении дополнительной диспансеризации работающего населения. Причём в отличие от многих своих коллег как в Орле, так и в других регионах РФ мы выбрали не цеховой вариант организации диспансеризации — когда предприятие само направляет своих сотрудников на профосмотр по предварительно сформированной очереди. Мы проводим обследование рабочих и служащих, подлежащих дополнительной диспансеризации, по месту жительства по участковому принципу. Большая нагрузка в связи с этим выпала на участковых врачей. Именно они получили задание оповестить людей о времени и месте прохождения диспансеризации и справились с этой задачей успешно. К слову сказать, жители города были приятно удивлены: «Неужели кого-то беспокоит состояние моего здоровья?!» — восклицали они. И, как правило, приходили в поликлинику в назначенный день и час.

Наша больница среди немногих в Орловской области была привлечена и к проведению углублённых профилактических осмотров работников, занятых на работах с вредными и опасными условиями труда. А всё потому, что мы можем

справиться с такой дополнительной нагрузкой, не прибегая к помощи со стороны. И у нас есть всё для проведения самой углублённой диспансеризации: все узкие специалисты, мощный лабораторный комплекс, своё диагностическое оборудование.

— Иммунизацией населения вам, надо полагать, тоже приходится заниматься?

— Разумеется. Причём как в рамках нацпроекта «Здоровье», так и в рамках Национального календаря прививок. Речь идёт о прививках против гепатита, кори, краснухи, дифтерии, гриппа, полиомиелита и др.

— Юрий Викторович, а как вы оцениваете реализацию нацпроекта в целом по стране? Не сомневаюсь, вы следите за этим, не понаслышке знаете, что получил ваш регион в рамках нацпроекта.

— Нацпроект, конечно же, помог улучшить оснащённость оборудованием российских поликлиник и больниц. Знаю, что не только в ЛПУ Орловской области, но и большинства регионов РФ степень его изношенности накануне старта нацпроекта «Здоровье» составляла более 70%. Наша больница тоже получила кое-какое оборудование — в частности, для УЗИ-исследований, электрокардиографы, лабораторный комплекс. Однако необходимо продолжать укрепление материально-технической базы медицинских учреждений по всем направлениям. И делать это ежегодно, пока они не поднимутся до средневропейского уровня. Я с удовлетворением отметил решение правительства РФ впредь оценивать деятельность региональных губернаторов, мэров по показателям здоровья населения и развитию демографической ситуации: какова в регионе рождаемость, смертность, как складываются миграционные потоки и т. д. Это обязательно усилит чувство ответственности у руководителей регионов за здоровье населения и условия жизни людей и обратит их внимание на улучшение здравоохранения. ■



Профессионалы на вес золота

■ НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА

По официальным документам, родильный дом Орла ведёт свою историю с 1949 года. В его структуре стационар на 110 коек, родильное и гинекологическое отделения, отделение патологии беременных, а также две женские консультации в Заводском и Советском районах города. Помимо этого за роддомом закреплены девять районов области. Силами головного роддома в них проводится дополнительная диспансеризация, осуществляется родовспоможение в тех случаях, когда местные родильные стационары закрыты.

Досье

Людмила Тарасова родилась в 1955 году на Смоленщине. В 1980-м окончила лечфак Смоленского мединститута и по распределению уехала в Старую Руссу, где проходила интернатуру. Затем было перераспределение в Орловскую область и работа в медсанчасти сталепрокатного завода. В конце 1982-го молодой специалист переходит на работу в Объединение городского родильного дома (ныне МЛПУЗ «Родильный дом г. Орла»). Работала и в стационаре, и в консультации, заведовала отделением, а с 1995 года возглавила роддом.

Преподаватель Орловского мединститута. В этом году планирует защитить диссертацию.

Заместитель председателя женсовета Заводского района г. Орла.

Отличник здравоохранения. Награждена грамотой Минздравсоцразвития РФ.

Муж Людмилы Петровны, анестезиолог-реаниматолог, также работает в роддоме, где они и познакомились. Сын — инженер. В свободное время доктор Тарасова занимается комнатным и ландшафтным цветоводством.

— Наши приоритетные направления деятельности, конечно, женщины и дети, — рассказывает Людмила Тарасова. — Однако сейчас у нас развивается и такое направление, как охрана репродуктивного здоровья мужчин. В штате рабо-

тает уролог-андролог, чьи услуги весьма востребованы, и это неудивительно: проблема мужского бесплодия сейчас очень актуальна. Ведём работу по охране женского репродуктивного здоровья, начиная с подростковых гинекологов и кончая спецприёмами по пременопаузе (это и амбулаторное, и стационарное лечение). Укрепляем базу отделения неонатологии — и у нас замечательные результаты! Мы здесь выхаживаем детей с экстремально низкой массой тела, за прошлый год у нас было 18 таких малышей, они все живы — и никто из них не вышел на инвалидность.

— А какой самый низкий вес новорождённого у вас зафиксирован?

— Девочка с весом 930 граммов. Наш персонал называл её Танечка — сейчас малышке около пяти лет, у неё всё в порядке. У меня у самой внук родился весом 1 кг 200 г — сейчас ему 2,5 года, он уже умеет вставлять батарейки, зная, где «плюс» и «минус». И всё это благодаря моим сотрудникам. Заведующая неонатологическим отделением Лариса Борисовна Клушина четверо суток от него не отходила. Да разве только она? Виктор Анатольевич Тарасов, заведующий анестезиологическим отделением, наши медицинские сёстры и акушерки, заведующие консультациями Ольга Михайловна Каменева и Галина Ильинична Митрохина — всех, к сожалению, не назовёшь. Это профессионалы на вес золота! Здорово, когда малыш рождается с помощью таких людей.

Кстати, когда мы отмечали 50-летие роддома, я подняла архивные документы, подсчитала количество родов, которые мы приняли, — их оказалось около 350 тысяч — это сегодняшнее население Орла!

— Людмила Петровна, в 90-е годы служба родовспоможения на Орловщине находилась в непростом положении, высока была и материнская смертность. А сейчас что наблюдается?

— За последние 3–4 года материнская смертность у нас отсутствует, а неонатальная снизилась до 3,1%, хотя можно снизить ещё больше. Ведь иногда женщина к нам поступает слишком поздно, когда уже невозможно что-то предпринять. Снижен у нас и материнский и детский травматизм, это очень нас радует.

В прошлом году мы за деньги от родовых сертификатов приобрели (первые в области!) видеокольпоскоп, аппарат SURGITRON для хирургического лечения патологии шейки матки, газовый стерилизатор, который безвреден и для персонала, и для оборудования. Теперь процент ранней диагностики патологии шейки матки увеличился почти в два раза, и сроки выздоровления при этой патологии сократились на пять-шесть суток, что тоже немаловажно.

Для нас на первом месте стоит желание помочь людям, и это позволяет не останавливаться на достигнутом. Надеюсь, что в 2009 году 60-летний юбилей роддома мы встретим с новыми достижениями. ■



Досье

Сергей Болгов родился в 1966 году в г. Ливны Орловской области.

В 1988-м году окончил Московский медицинский стоматологический институт. После интернатуры до 2002 года работал в Орловской областной стоматологической поликлинике.

В 2002 году после защиты кандидатской диссертации по имплантологии был назначен главным врачом Орловской городской стоматологической поликлиники № 1 и возглавляет её по сей день.

Награждён грамотой Министерства здравоохранения.

Женат, в семье двое детей.

Увлекается горными лыжами. А вообще любимым занятием Сергея Вячеславовича является работа.

Дарить людям улыбки

■ Наталья Кириллова

— **Н**аша поликлиника действует с 1957 года, — рассказывает главный врач Орловской городской стоматологической поликлиники № 1, кандидат медицинских наук Сергей Болгов. — Состоит она из двух лечебных отделений, хирургического и ортопедического, а также физиокабинетов. Приём пациентов у нас осуществляется как по Фонду обязательного медицинского страхования, так и на платной основе. Поликлиника оснащена современным стоматологическим оборудованием, в числе прочего есть и ортопантомограф — аппарат японской фирмы Moriga, позволяющий сделать рентген всей полости рта, и радиовизиограф — это рентген-установка, с помощью которой снимок зуба на компьютер лечащего врача поступает уже через 30 секунд, таким образом, снижается время нахождения пациента в рентген-кабинете и ускоряется получение результата.

— **Сергей Вячеславович, какие интересные методики применяют в вашей поликлинике при лечении зубов?**

— Благодаря применению такой методики, как депофорез, мы спасаем те зубы, которые вообще-то

подлежат удалению. Это один из самых современных методов практической эндодонтии. Основан он на уникальных бактерицидных и физико-химических свойствах водной суспензии гидроокиси меди-кальция. Метод депофореза используется для лечения всех зубов с гангренозным содержимым каналов или с девитализируемыми остатками пульпы, особенно при сильно искривлённых, плохо проходимых, облитерированных каналах и покрытых коронкой зубах.

Сейчас мы активно работаем в этом направлении. Внедряем в практику также и современные методы имплантации. Сам я занимаюсь имплантированием с 1998 года, и вообще мы много работаем в этом направлении. У нас весьма широкий выбор физиоаппаратуры, которую мы дополнительно используем при лечении зубов. В ортопедии применяем широкий диапазон протезирования металлокерамикой, бюгельное протезирование.

— **С кем из ваших сотрудников вам легко работать и почему?**

— Заведующие лечебными отделениями Лариса Борисовна Донковцева и Юлия Леонидовна Кравченко, заведующий ортопедическим отделением Вячеслав Александрович

Никерин — вот те люди, на которых я опираюсь в работе. Во-первых, я достаточно давно с ними работаю. А во-вторых, для меня очень важны человеческие качества, профессионализм и умение работать в коллективе, находить общий язык с подчинёнными и добиваться действенных результатов.

— **Сергей Вячеславович, ещё несколько лет назад в муниципальных поликлиниках были огромные очереди к узким специалистам, и к стоматологам в том числе. Насколько ваши услуги доступны для населения?**

— Конечно, иногда не хватает талонов, врачей. Но в данном случае, при довольно широко развитой сети частных стоматологических клиник, это говорит в нашу пользу — поликлиника пользуется большой популярностью у населения. У нас ведь конкуренция, а спектр услуг, оказываемых нашим учреждением, значительно выше, чем в частных стоматологических кабинетах, да и качество медицинской помощи тоже. И люди вполне осознанно делают свой выбор.

— **Что для вас значит ваша работа?**

— Для меня работа стоматолога — это возможность дарить людям улыбки. Это моё призвание, моё увлечение, в этом смысл моей жизни. Для моих коллег это тоже так. И наши пациенты это понимают, поэтому и доверяют нам своё здоровье без всякой боязни. ■

Простор для того, чтобы мыслить

■ Наталья Кириллова

В октябре 1918 года в аппарате Наркомата здравоохранения РСФСР был организован подотдел медицинской экспертизы. С этого времени начала действовать и Орловская губернская судебно-медицинская экспертиза, просуществовавшая до 1928 года, когда была сформирована Центрально-Чернозёмная область, в которую вошёл и Орёл. В начале 1938 года — спустя несколько месяцев после основания Орловской области — образована судебно-медицинская экспертиза Орловского областного здравоохранения.

В межрайонных судебно-медицинских отделах в то время работали 27 экспертов. Тогда же были созданы судебно-химическая и медико-криминалистическая лаборатории, а в 39-м году начало функционировать судебно-биологическое отделение. Во время Великой Отечественной войны здание областного БСМЭ было разрушено, его имущество и архив уничтожены. Бюро возобновило свою деятельность в конце 1943 года после освобождения Орла от фашистов. Вся экспертная работа проводилась силами военных судебных медиков Орловского госпиталя. Реорганизация судебно-медицинской службы проходила до 1954 года, когда от Орловщины отделились Брянская область и часть Липецкой.

На сегодняшний день Орловское БСМЭ состоит из отдела судебно-медицинской экспертизы трупов (танатологический отдел с гистологическим отделением), отдела БСМЭ живых лиц и четырёх межрайонных отделений. Имеется лабораторная служба, включающая в себя отделение вещественных доказательств, судебно-химическое и судебно-цитологическое отделения, отдел особо сложных экспертиз и медико-криминалистическое отделение, организационно-методический отдел. Основные задачи БСМЭ — помощь правоохранительным органам в расследовании преступлений против личности и органам здравоохра-

нения в совершенствовании работы ЛПУ и повышении качества предоставляемых ими услуг.

— Главное сейчас — это развитие нашего учреждения, — рассказывает начальник бюро Александр Лобанов. — А основных проблем у нас две — кадровая и финансовая. Что касается кадрового вопроса, то после открытия в области мединститута он начал решаться. Мы заключили с его руководителями договор, и за последние три года к нам в бюро пришли четыре врача. На данный момент у нас работают 37 врачей, 37 средних медработников и 15 санитаров. Думаю, в ближайшее время штат будет укомплектован на 100%.

Ну а относительно второй проблемы — любому понятно, что и развитие служб, и качество проведения экспертных исследований зависят от уровня финансирования. В первую очередь нам необходимо оснастить современным оборудованием лабораторную службу, что значительно улучшит качество судебно-медицинской экспертизы. Нужно также расширить площади для размещения лабораторных подразделений.

— Александр Моисеевич, скажите, а генетические исследования вы проводите?

— Очень хотелось бы открыть генетическую лабораторию, потребность в ней у нас большая — порядка 150 экспертиз в год. Если будет финансирование, то мы сможем накопить приобрести оборудование для генетических исследований, разместить его и запустить в работу. Желательно было бы приобрести и оборудование для судебно-химического отделения. Нам нужен хромато-масс-спектрометр — современный прибор для определения отравляющих веществ в биологических жидкостях трупа. Необходимо и современное гистологическое оборудование, чтобы ускорить процесс осмотра тканей под микроскопом. У нас весьма квалифицированные эксперты, но слабая материальная база связыва-



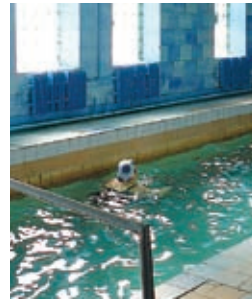
Досье

Александр Лобанов родился в 1971 году в Смоленской области. Окончил в 1993 году Смоленский ГМИ по специальности «Лечебное дело». В 1993–1995 годах проходил клиническую ординатуру по акушерству и гинекологии. В 1995-м был принят в Орловское БСМЭ врачом-экспертом в отдел экспертизы живых лиц. В 1998 году возглавил его, а в 2005-м назначен на должность начальника БСМЭ.

Награждён грамотой Министерства здравоохранения РФ.

Женат, воспитывает двоих детей.

ет им руки. Много специалистов с большим стажем работы и огромным багажом знаний. К примеру, гордость нашего бюро — заведующий отделом особо сложных экспертиз, кандидат медицинских наук Борис Степанович Рошупкин. Сам процесс его мышления примечателен: он идёт от анатомии и гистологии, то есть от базовых знаний к выводам по конкретной экспертизе. У него есть чему поучиться — очень опытный (стаж — 44 года!), квалифицированный специалист, педагог от Бога. Борис Степанович обучает наших сотрудников правильной постановке диагноза, логике — всё это очень важно при проведении экспертиз. Ведь в нашей профессии, от которой многие шарахаются, немало интересного. В ней есть простор для того, чтобы мыслить. ■



Досье

Сергей Шве́ц родился 18 сентября 1941 года в Мценском районе Орловской области. После окончания Курского медицинского института в 1964 году возвращается в Мценск. Работает в ЦРБ сначала терапевтом, потом неврологом. В 1969 году становится заведующим неврологическим отделением. В 1979-м окончил ординатуру в Ленинградском ГИДУВе, а в 1980-м возглавил Мценскую ЦРБ.

Кандидат медицинских наук. Награждён орденом «Знак Почёта», знаком «Отличнику здравоохранения», значком и дипломом лауреата форума «Общественное признание».

Женат. Жена Валентина Николаевна — акушер-гинеколог, сын Владимир — заведующий неврологическим отделением, невестка Ирина — заведующая акушерским отделением патологии беременных. Все они работают в Мценской ЦРБ, а дочь Елена, невролог, — в Орловской областной больнице.

Увлечения Сергея Николаевича — шахматы и книги.

Первые упоминания о Мценской уездной больнице встречаются в 1820 году. В ней получали необходимое лечение жители всего Мценского уезда — эти функции больница сохранила и по сей день. В 1923 году Мценскую районную больницу возглавил Александр Васильевич Атабегов. Он по праву считается основателем больницы в её современном виде. Руководя на протяжении сорока лет, этот человек заложил основы всей деятельности вверенного ему учреждения. В 1963-м руководство больницей взяла на себя Лидия Ивановна

Аллея славы в Мценске

■ **НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА**

Аксёнова, которая занимала эту должность до 1980-го, а затем передала эстафету моему собеседнику — Сергею Николаевичу Швецу.

— В нашей поликлинике, — говорит Сергей Николаевич, — ведётся приём по тринадцати специальностям. Пять лет назад в участковой сети Мценской центральной районной больницы появились первые врачи общей практики (два в городе и четыре на селе), организованы стационары дневного пребывания (на 55 коек в ЦРБ и на 25 коек в Отрадинской больнице). В стационаре действуют пульмонологическое, кардиологическое, неврологическое, травматологическое, педиатрическое, отоларингологическое, офтальмологическое, гинекологическое, акушерское отделения и отделение патологии беременных. Что касается коечного фонда, то в связи с внедрением стационарзамещающих технологий он с 565 коек сократился до 390 коек. Зато в кризисные 90-е мы не потеряли ни одного поселкового ФАПа, а их у нас в районе 29 плюс две участковые больницы и три врачебные амбулатории. Среди ФАПов нет ни одного с печным отоплением — все они газифицированы.

— **А малоинвазивные методики у вас в больнице внедряются?**

— Конечно, хотя должен сказать, что по малоинвазивной хирургии мы отстаём от более крупных больниц. В основном мы применяем их в хирургии (это холецистэктомия, лечение грыж, диагностика) и гинекологии (завороты, перекуты, внематочные беременности).

Сказываются и отсутствие оборудования, и нехватка специалистов, которые могли бы на этом оборудовании работать. Если в общехирургической практике мы работаем с малоинвазивными методиками около девяти лет, в гинекологии применяем их четыре года, то в травматологию нам нужно приглашать специалистов и закупать оборудование — необходимость в этом давно назрела. Также нам нужны телеметрическая связь и компьютерный томограф. Дело в том, что мы участвуем в пилотном проекте «Борьба с сердечно-сосудистыми заболеваниями» совместно с областной больницей, больницей им. Семашко и Ливненской ЦРБ, а наличие данного оборудования предусматривает оперативность оказания экстренной помощи, возможность на месте провести консультацию и при необходимости отправить больного в нейрохирургическое отделение областной больницы.

— **Сергей Николаевич, а чем вы особенно гордитесь?**

— Самое главное, конечно, — это наш персонал. У нас замечательный коллектив! Мы на территории больничного городка разбили аллею Славы наших врачей, где посажены деревья в честь и уже ушедших из жизни докторов, и ныне работающих. А. В. Атабегов, Л. И. Аксёнова, И. П. Хорольская и многие другие — это золотой фонд нашей медицины. И пока растут деревья с именными табличками, пока жива память об ушедших — мы, их потомки, продлеваем им жизнь на века. ■

Александр Ступин:

«Живу надеждой на дальнейшее развитие»

■ Наталья Кириллова

Свердловская центральная районная больница, расположенная в Орловской области, – современное, хорошо оборудованное медицинское учреждение. Здесь оказываются практически все виды медицинской помощи, за исключением нескольких узких специальностей. На сегодняшний день в ЦРБ нет уролога, офтальмолога и эндокринолога. Но и эту проблему коллектив намерен решить за счёт обучения сотрудников и привлечения специалистов со стороны и выпускников вузов.

— Это и есть одна из основных задач больницы на сегодняшний день – расширение спектра оказываемых услуг и повышение уровня доступности медицинской помощи, – подчёркивает главный врач Александр Ступин, – а для этого в первую очередь нужны люди, владеющие необходимыми знаниями и навыками. Да и для осуществления дополнительной диспансеризации, которая сейчас повсеместно проводится, требуется ряд узких специалистов.

– Александр Алексеевич, а насколько хорошо оборудована ваша больница и что ещё вам необходимо?

– Мы можем гордиться своей параклинической службой – здесь великолепная лаборатория,

оснащённая по последнему слову техники, функциональная диагностика. Во многом спасибо за это нацпроекту «Здоровье». Естественно, он положительно повлиял на материальную базу больниц, и нашей в том числе. Мы получили УЗИ-диагностику, лабораторно-диагностическое оборудование, ЭКГ-аппарат, фиброгастроскоп. Сейчас с надеждой ожидаем поступления нового оборудования для стационара – ведь значительная часть техники в нём устарела и морально, и физически и требует замены.

Конечно, хотелось бы выйти на более высокий уровень работы, для этого необходимо оснастить оперблок новым оборудованием, следящей аппаратурой для мониторинга за состоянием пациен-



тов, осветительными приборами. Нам требуются компьютерный томограф, маммограф, современный электрокоагулятор. Поскольку больница расположена вблизи трассы федерального значения, мы надеемся привлечь в штат реаниматолога, травматолога.

– Александр Алексеевич, а какие задумки у вас на будущее?

– Сейчас у нас строятся новые помещения поликлиники и стационара, в прошлом году на объекте побывал Егор Семёнович Строев, наш губернатор. Он пообещал, что к моменту сдачи поликлиники в эксплуатацию она будет оснащена по самым высоким стандартам. Надеемся, что этот фактор тоже окажет своё влияние на привлечение молодых специалистов, ведь не секрет, что на село люди не хотят ехать по нескольким причинам, и одна из них – отсутствие современного оборудования в больницах.

– Наверное, у вас есть какие-то мечты в отношении больницы?

– Я живу надеждой, что действие приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения будет продолжаться в данном направлении. Если будет и дальше такая большая помощь со стороны правительства, то у больницы есть все шансы не только на выживание, но и на дальнейшее развитие. ■

Досье

Александр Ступин родился в 1959 году. В 1989 году, окончив Смоленский государственный медицинский институт, поступил в Орловскую детскую областную больницу, на базе которой проходил интернатуру по анестезиологии и реаниматологии. В этой больнице Александр Алексеевич проработал восемнадцать с половиной лет анестезиологом-реаниматологом. А полгода назад Александр Ступин возглавил Свердловскую центральную районную больницу Орловской области.

Врач высшей категории.

Кандидат в мастера спорта по лыжам.

Увлечения: бассейн, коньки, рыбалка.

Женат. Жена – врач-эндоскопист, работает в Орловской областной клинической больнице. Дочь – студентка четвёртого курса Орловского государственного университета.



Коллектив Грабовской участковой больницы с губернатором Пензенской области **В.К. Бочкаревым** и главой районной администрации **А.М. Роголёвым**

Особенности Бессоновской больницы

■ **Наталья Кириллова**

Досье

Виталий Серебряков родился в сентябре 1972 года в с.Чемодановка Пензенской области. В 1996 году окончил Самарский государственный университет по специальности «Лечебное дело». Клиническую ординатуру по хирургии прошёл на базе Пензенского института усовершенствования врачей. Первым местом его работы стала Бессоновская ЦРБ.

В 1999 году Виталия Сергеевича назначают на должность главного врача Лунинской ЦРБ, а в 2002-м он возвращается в Бессоновскую ЦРБ и с этого времени возглавляет её.

Врач высшей категории по организации здравоохранения.

Депутат местного районного собрания.

Член партии «Единая Россия». Член политсовета ЕР.

Лауреат проекта «Профессиональная команда страны».

Бессоновский район был образован сравнительно недавно, в 1981 году, и с этого же года расположенная в его административном центре больница получила статус центральной районной. В настоящее время в Бессоновской ЦРБ развёрнут стационар, рассчитанный на 136 коек, в котором разместились приёмное, общехирургическое, общетерапевтическое, детское, гинекологическое отделения и стационар дневного пребывания. В 1991 году больница переехала в новое современное здание, построенное по типовому проекту.

В поликлинике, рассчитанной на 350 посещений в смену, кроме участковых врачей, ведут приём узкие специалисты – дерматовенеролог, невропатолог, инфекционист, эпидемиолог, нарколог, психиатр – практически по всем специальностям, за исключением уролога. Одна из отличительных особенностей больницы – её практически полная компьютеризация. На данный момент здесь имеется 47 компьютеров – они установлены и в отделениях стационара, и в службе скорой помощи, и в участковой сети, и в кабинетах узких специалистов. Видя одну из своих основных задач в создании нормальных условий работы для коллектива, главный врач Виталий Серебряков уделяет большое внимание вопросам, касающимся материально-технической оснащённости учреждения.

Больница хорошо укомплекто-

вана медицинским оборудованием. По нацпроекту получены рентген-аппарат, флюорограф, два аппарата УЗИ-диагностики и два больших лабораторных набора, которые позволяют выполнять практически весь спектр биохимических исследований крови и мочи.

– Это стало хорошим подспорьем для нас, – говорит Виталий Сергеевич. – Однако выручают нас не только федеральные программы – и в области, и в районе здравоохранению уделяется большое внимание. Так, в 2006 году за счёт областных средств были оборудованы все ФАПы района (их у нас 17), а из районных средств поступили деньги на ремонт. В прошлом году район выделил 7 млн руб. на ремонт четырёх врачебных амбулаторий и двух участковых больниц. Одна из них, в Грабово, на мой взгляд, лучшая в области. В этом году направлено 10 млн руб. на ремонт стационара центральной районной больницы.

Решение кадрового вопроса также входит в ряд важнейших задач главного врача. И, следует заметить, проблемы кадров в ЦРБ практически не существует. За последние четыре года в коллектив влились девять молодых специалистов, четверо из них получили жильё за счёт муниципального бюджета, трое – за счёт области. Ещё два человека подпадают под действие федеральной программы по обеспечению жильём. А на подходе ещё три квартиры для

молодых врачей. Аналогичная ситуация складывается и со средним медицинским персоналом, плюс действует система доплат к стипендиям учащихся.

– Мы стремимся к тому, чтобы к нам шли специалисты, – продолжает главный врач, – и вот результат: за последние четыре года укомплектованность первичного звена выросла с 74 до 96%, а среднего медицинского персонала с 80 до 99%.

Уже с 2005 года в Бессоновской ЦРБ создаётся сеть офисов врачей общей практики (за два года до принятия такого решения на федеральном уровне). Сейчас в районе 12 таких врачей, то есть примерно 50% от общего первичного врачебного звена. Это позволяет максимально приблизить первичную медицинскую помощь к населению, тем более что работу в данном направлении осуществляют настоящие профессионалы, свидетельством чему может служить факт, что двое из них являются победителями всероссийского конкурса «Лучший врач года». Это Анна Николаевна Ильичёва, лауреат 2004 года в номинации «Лучший сельский доктор», и Константин Михайлович Костеленя, занявший в этом же конкурсе второе место в 2003 году. Да и население района, судя по результатам анкетирования пациентов, замечает, что в последние годы в ЦРБ и входящих в неё подразделениях заметно улучшились практически все показатели. ■



Досье

Вячеслав Ерофеев родился в 1964 году в Пензе.

В 1989 году окончил 2-й Московский государственный медицинский институт по специальности «Лечебное дело».

Работал в ЦРБ Пачелмского района Пензенской области, а с 2006 года возглавил Нижнеломовскую центральную районную больницу. Почётный донор Российской Федерации.

Женат. Отец двоих сыновей.

На святом месте

■ НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА

Нижнеломовская центральная районная больница существует с 1957 года. Находилась она на святом месте, на территории монастырского комплекса. В 1984 году построена новая поликлиника, в 1991 году — родильное отделение.

Сейчас больница располагается в семи корпусах. В её структуру входят детская поликлиника, поликлиника № 2, участковая больница в селе Верхний Ломов, врачебная амбулатория в селе Голицино, а также 30 фельдшерско-акушерских пунктов.

Больница хорошо оснащена. Самые последние приобретения — диагностический комплекс для экспресс-диагностики уровня холестерина и сахара крови, комплекс по функциональной диагностике — беговые дорожки с кардиомониторами, Холтеровские мониторы. С этого года в Пензе начнёт функционировать Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии, и на Нижнеломовскую ЦРБ возложены определённые задачи по отбору пациентов для этого медицинского учреждения.

Численность обслуживаемого больницей населения — 24 тысячи человек в городе, 46 тысяч — в районе, а всего, с прикреплённым населением соседних районов, 130 тысяч человек. Медицинская помощь пациентам оказывается по всем специальностям, а с 2005 года больница является ещё и межрайонным центром.

— Мы координируем деятельность лечебных учреждений и оказание медицинской помощи жителям пяти соседних районов, основная направленность — ранняя диагностика и профилактика заболеваемости, — поясняет главный врач. — Помимо этого, выполняем функцию межрайонного родильного дома. Родильные дома как таковые в соседних районах прекратили своё существование, осталась только функция амбулаторной помощи беременным женщинам, а вся стационарная помощь, отделение патологии беременных и роды — в ведении нашей ЦРБ. Объединение и централизация службы родовспоможения позволили значительно снизить неонатальную смертность, материнской смертности нет в течение последних 15 лет. Учитывая профилактическую направленность, мы пытаемся донести до жителей сёл квалифицированную медицинскую помощь, используя в своей работе передвижную стоматологическую, флюорографическую установки и выездные формы работы участковых терапевтов (приём жителей на ФАПах). Также с этой целью в ЦРБ подготовлено 5 врачей общей практики, два ФАПа переведены в офисы врача общей практики, которые полностью оснащены оборудованием за счёт районного и областного бюджета.

— Нет ли в этой связи недостатка в специалистах и вообще как

вы решаете кадровую проблему?

— Два года назад мы на базе нашей больницы открыли филиал медицинского колледжа, где готовим для себя средний медицинский персонал. Мы сами ведём набор выпускников школ из сельской местности, проводим обучение — и на будущий год ожидаем первых выпускников. Таким образом решили для себя кадровый вопрос по среднему медицинскому звену. Что касается врачей, то заключаем договоры с абитуриентами — и в случае их поступления в вуз в течение всего срока обучения осуществляем доплаты к стипендиям.

— Вячеслав Александрович, ваши планы на ближайшее будущее?

— Сейчас мы проводим компьютеризацию больницы с целью внедрения локальных сетей и электронного документооборота, начиная с амбулаторных карт пациентов, историй болезни, предварительной электронной записи на приём к узким специалистам поликлиники (это позволит сократить очереди в регистратуре, предоставит пациенту возможность самому выбрать для себя удобный день и время приёма) и оканчивая выпиской рецептов и больничных листов. В сеть будут включены все 30 ФАПов — фельдшера уже обеспечены ноутбуками, и очень скоро мы в режиме реального времени сможем проводить консультации и конференции. Уже приобретено 158 компьютеров, идёт прокладка стекловолоконной оптики, устанавливается сервер. Всё это позволит приблизить консультативную медицинскую помощь жителям сёл района и увеличить доступность получения квалифицированной медицинской помощи.

— У вас в штате 840 сотрудников. Конечно, трудно назвать всех, кто на этом святом месте выполняет своё святое дело, но, может быть, сумеете выделить несколько человек?

— С удовольствием. Это заслуженные врачи Российской Федерации Владимир Николаевич Ползунов и Римма Павловна Козина и отличник здравоохранения Юрий Викторович Тишин. ■

Гордость главврача Добролюбова

■ НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА

Городская поликлиника № 4 г. Ульяновска была построена в 1982 году. Рассчитывалась она на приём 600 человек в смену, а в настоящее время через её кабинеты за сутки проходит около 1800 человек. Всего же число обслуживаемого населения составляет 130 тысяч человек. Тем не менее коллектив с работой справляется, и, как подчёркивает главный врач, справляется хорошо. В коллективе поликлиники 605 человек, из них 127 врачей и 380 медицинских сестёр. Такое относительно небольшое число сотрудников обеспечивает качественную медицинскую помощь населению, несмотря на значительную перегрузку практически по всем специальностям.

В МУЗ «Городская поликлиника № 4» семь участковых отделений, а также цеховое терапевтическое, рентгенологическое, физиотерапевтическое отделения, ЛФК, УЗИ, офтальмологическое, лор-отделения, хирургическое, где помимо общей хирургии имеется урологическая направленность. Кроме этого, гинекологическая консультация, клиническая лаборатория, бактериологическая и иммунологическая лаборатории, эндоскопическое отделение, два терапевтических дневных стационара, хирургический стационар, стационар дневного пребывания для женщин с патологией беременности плюс три поликлинических отделения, где работают лор, офтальмолог, кардиолог, пульмонолог, эндокринолог, аллерголог, вскоре выйдет на работу ревматолог. Действуют фармацевтический отдел, флюорографический кабинет, неотложная помощь. На базе поликлиники функционируют школы диабета, гипертонической болезни, остеопороза, ожирения – очень действенное профилактическое средство!

Постоянно расширяется и укрепляется материальная база этого обширного хозяйства. Благодаря нацпроекту приобретены УЗ-аппараты, фиброгастродуоденоскоп, колоноскоп, маммограф, рентген-аппарат, два флюорографических аппарата, уретроскоп, кольпоскоп. Оснащены

всем необходимым операционная, физиотерапевтическое отделение, клиническая лаборатория. По линии Международного банка реконструкции и развития получено рабочее место врача.

– Можно сказать, что уровень оснащения у нас достаточно высок, – говорит Виктор Петрович. – Что, впрочем, не мешает желать большего. Так, нужен УЗ-аппарат экспертного уровня, необходимо иметь ещё несколько эндоскопов, новый цифровой флюорограф, так как наш за четыре года интенсивного использования сильно изношен (ведь нормы обслуживания населения у нас превышены как минимум в три раза). Требуется компьютеры в поликлинику, кабина для сбора мокроты, неплохо было бы открыть фитобары, андрологический кабинет. Нужно полностью заменить мебель в кабинетах врачей, хотелось бы обновить санитарный транспорт. Естественно, нуждаемся и в средствах для осуществления ремонта, так как нашим зданиям по тридцать-сорок лет. Я уже пятнадцать лет поднимаю вопрос о строительстве нового здания для поликлиники, есть надежда, что скоро эта ситуация изменится к лучшему: мы постоянно встречаемся с мэром города, обсуждали проблему и с губернатором. Надеюсь, отпразднуем новоселье и будем работать в



Досье

Виктор Добролюбов родился 12 февраля 1956 года в с. Губашево Ульяновской области. В 1971 году поступил на фельдшерское отделение Кузнецкого медицинского училища. После прохождения военной службы продолжает учёбу, теперь уже в Саратовском государственном медицинском институте. Получив диплом, работает участковым терапевтом в поликлинике № 1 г. Ульяновска, а с 1986 года – цеховым терапевтом. В 1989-м переводится в ГП № 4 и с 1993 года возглавляет её. В 1996 году Виктор Петрович заканчивает экономический факультет Ульяновского филиала МГУ им. М. В. Ломоносова по специальности «Финансы и кредит».

Отличник здравоохранения.

Депутат второго и третьего созывов Ульяновской городской думы.

Вместе с женой (кстати, тоже врачом) воспитали двоих сыновей.

здании, способном вместить всех наших пациентов. В общем, забот и проблем хватает.

– И где берёте силы для их решения?

– В своих людях. Мой коллектив – моя гордость. Он стабильный, управляемый, надёжный. Я уверен, что только мои доктора способны изо дня в день работать с многократной нагрузкой, не очерствев при этом. Они все – прекрасные люди и замечательные врачи. С ними можно горы свернуть, ведь никто из моих коллег не гнушается грязной работы, они всегда готовы прийти на помощь – и пациентам, и своим коллегам. Мы всегда ощущаем чувство локтя, что бы ни случилось. ■

VII ВСЕРОССИЙСКИЙ КУРОРТНО-МЕДИЦИНСКИЙ ФОРУМ

16 -18 ОКТЯБРЯ, г. СОЧИ,
ПАВИЛЬОНЫ
НА ТЕАТРАЛЬНОЙ ПЛОЩАДИ



**ВЫСТАВКА МЕДТЕХНИКИ,
ОБОРУДОВАНИЯ
И ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ
ПРЕПАРАТОВ
"КУРОРТНАЯ МЕДИЦИНА"**

ОРГАНИЗАТОРЫ:



АДМИНИСТРАЦИЯ г. СОЧИ



ТОРГОВО-ПРОМЫШЛЕННАЯ ПАЛАТА г. СОЧИ



ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ "СОЧИ-ЭКСПО ТПП г. СОЧИ"

КОНТАКТНЫЕ ТЕЛЕФОНЫ:

Тел./факс: (8622) 62-05-24,
642-333 , 647-555, 648-700 (доб.120, 119)

Прямой московский тел./факс: (495) 745-77-09

E-mail: medicina@sochi-expo.ru [Http://www.sochi-expo.ru](http://www.sochi-expo.ru)



Досье

Алексей Коденёв родился в 1956 году в Бурятии. В 1982 году окончил Томский медицинский институт по специальности «Лечебное дело», там же проходил интернатуру. Затем была служба в армии врачом парашютной авиационной поисково-спасательной службы, работа врачом-кардиологом станции скорой медицинской помощи г. Норильска, врачом-терапевтом поликлиники № 5 г. Новороссийска, главным врачом Новороссийской станции переливания крови. С 2005 года Алексей Тихонович возглавляет ГУЗ «Станция переливания крови» департамента здравоохранения Краснодарского края.

Почётный донор России, заслуженный работник здравоохранения Кубани.

Женат, две дочери и сын.

Базисом оказания экстренной и высокотехнологичной медицинской помощи в различных областях клинической медицины является служба крови, использующая уникальный национальный ресурс — донорскую кровь. Служба крови Кубани представлена широкой сетью специализированных учреждений и подразделений: 7 станций и 46 отделений переливания крови. Головным учреждением является ГУЗ «Станция перелива-

Профессиональная команда страны

■ Наталья Кириллова

ния крови» департамента здравоохранения Краснодарского края, основная задача которого — обеспечение лечебных учреждений безопасными компонентами и препаратами донорской крови.

— В 1934 году на базе госпитальной клиники Кубанского мединститута был организован кабинет переливания крови, — рассказывает главный врач Алексей Коденёв. — В 1935 году он реорганизуется в Краснодарский филиал Азово-Черноморского института переливания крови, а в 1937-м — в краевую станцию переливания крови, которая в 1962 году обрела новый корпус, где размещается и поныне. Сегодня это одно из крупнейших учреждений службы крови в ЮФО с заготовкой цельной донорской крови 15 000 литров в год.

Основные задачи станции — планирование и удовлетворение потребностей лечебно-профилактических учреждений в компонентах и препаратах крови, организация агитации и пропаганды донорства среди населения. Постоянная поддержка администрации и законодательного собрания края, а также достойное финансирование создали для эффективной работы СПК все условия. Мы обеспечиваем потребность больниц и клиник города в компонентах крови, так как цельная кровь в клинической практике у нас не используется. Преимущество компонентной терапии заключается в том, что больной получает только тот компонент крови, в котором нуждается, и ничего более. Мы ведём большую работу по пропаганде и агитации донорства, используя наружную рекламу, наглядную агитацию, чтение лекций по донорству в учреждениях города, а также привлекая СМИ. В нашей базе данных зарегистрировано свыше 50 тысяч доноров.

— Алексей Тихонович, а какие новые технологии освоены в вашем учреждении?

— Внедрена в работу интегрированная система патогенной

вирусинактивации дозы плазмы Theraflex — MB-Plasma, установлены сборная теплоизоляционная камера для хранения препаратов крови Teledoor, облучатель компонентов крови рентгеновскими лучами Radgil. Применяются ПЦР-диагностика вирусных инфекций, автоматический плазмацитаферез и фильтрационные технологии в заготовке крови и её компонентов. Станция обеспечена современным оборудованием для переработки донорской крови и хранения компонентов и препаратов крови — чистые линии, лиофильная установка, аппараты плазмацитафереза, фракционаторы, тромбомиксеры, быстросамораживатели плазмы, стерильный запаиватель, аппарат Macatronic. Введён в эксплуатацию комплекс «Чистые помещения», проведена компьютеризация рабочих мест. Мы постоянно совершенствуем свою профессиональную деятельность с целью обеспечения высокого качества трансфузионной терапии. И за последние четыре года нам удалось добиться ошеломительных результатов: станция вышла на совершенно новый виток своего развития. Созданы прекрасные условия для работы сотрудников и сдачи донорами крови и её компонентов.

К сказанному Алексеем Тихоновичем остается добавить, что СПК и её главный врач — лауреаты проекта «Профессиональная команда страны». Но сам Коденёв считает, что в первую очередь это заслуга и достижение всего коллектива. И с особой благодарностью отзывается о своём заместителе по медицинской части Екатерине Ивановне Паришкура — профессионале высочайшего уровня, отвечающей за вопросы пропаганды и агитации донорства и консультативной помощи во всём регионе. Думается, с такими сотрудниками Краснодарская СПК способна одержать ещё не одну победу в самых грандиозных проектах. ■

На страже справедливости

■ Наталья Кириллова

— Судебно-медицинская служба на Кубани была создана только в 1924 г., значительно позже, чем в Санкт-Петербурге или Москве, — рассказывает Н.П. Варшавец. — Это обусловлено поздним установлением советской власти и так называемой «малой» гражданской войной (1920–1924).

В настоящее время судебно-медицинская экспертиза решает конкретные медицинские вопросы, возникающие при расследовании и судебном разбирательстве как уголовных, так и гражданских дел, дел об административных правонарушениях, проводит экспертные исследования для граждан и юридических лиц.

Наша деятельность включает в себя исследование трупов лиц, погибших от насильственных причин или подозрения на них, с целью определения причины и давности смерти, наличия телесных повреждений, их характера, механизма и условия причинения, исследования трупов неизвестных лиц с целью их идентификации, освидетельствование потерпевших или подозреваемых для определения характера телесных повреждений и степени тяжести причинённого вреда здоровью, исследование вещественных доказательств, а также многие другие экспертизы, включая экспертизу спорного отцовства и подмены детей, экспертизы по так называемым врачебным делам. Кроме того, судебно-медицинские эксперты участвуют в качестве специалистов в осмотре трупов на месте их обнаружения и иных следственных действиях, таких как эксгумация или изъятие образцов для сравнительного исследования.

На базе нашего бюро (г. Анапа) неоднократно проводились совещания и семинары для судебных медиков страны.

Не могу не отметить и наше активное сотрудничество с Кубан-

ским государственным медицинским университетом в виде регулярных совместных совещаний экспертов и заседаний научного общества. Кроме того, медуниверситет готовит кадры для нашего бюро, проводит переподготовку врачей и учёбу экспертов на сертификационных циклах. Мы же предоставляем свои площадки для занятий студентов-медиков, врачей-интернов и ординаторов, создавая им условия для практической работы.

— Николай Петрович, в 1986 г. вы принимали участие в ликвидации последствий кораблекрушения теплохода «Адмирал Нахимов». Работа при ликвидации последствий каких других громких катастроф на вашем счету?

— Наши эксперты часто работают в условиях массовой гибели людей при различных катастрофах и стихийных бедствиях. Мы работали в Армении после страшного землетрясения в 1988 г., после наводнения в русле реки Кубань и смерча в Новороссийске в 2002 г., участвовали в работе группы судебно-медицинских экспертов МЗСР РФ по ликвидации последствий теракта в г. Беслане в 2004 г., работали после столкновения электропоезда с автобусом в ст. Воронежской и падения аэробуса А-320 в море у сочинского побережья в 2006 г., участвовали в ликвидации последствий пожара в доме престарелых в ст. Камышеватской Ейского района в 2007 г.

Сейчас проводим ещё одну интересную экспертизу: при реконструкции Сенного рынка, который был построен рядом со Свято-Фоминским кладбищем в начале XIX в., обнаружены захоронения основателей города, казаков, пришедших в Карасунское урочище и начавших строить Екатеринодар. Устанавливаем сроки смерти этих людей, их пол, возраст, какими заболеваниями страдали, другие



Досье

Николай Варшавец родился в 1946 г. в Петропавловске-Камчатском в семье военного врача. В 1974 г. окончил Кубанский государственный медицинский институт им. Красной Армии. С 1991 г. возглавляет ГУЗ «Бюро судебно-медицинской экспертизы» департамента здравоохранения Краснодарского края. В 2001 г. окончил Краснодарский юридический институт МВД России, получив второе высшее образование. Кандидат медицинских наук, доцент, член редакционного совета журнала «Судебно-медицинская экспертиза». Врач судебно-медицинский эксперт высшей категории.

Заслуженный врач РФ. Отличник здравоохранения. Главный внештатный судебно-медицинский эксперт МЗСР РФ в ЮФО. Автор более 30 научных работ. Имеет благодарность министра здравоохранения РФ. Удостоен медалей «За выдающийся вклад в развитие Кубани» III степени, «За службу Отечеству» и других наград.

Увлекается историей края, охотой. Женат. Есть дочь, две внучки.

особенности — такой вот экскурс в «седую древность». Кстати, одна из диссертаций, защищённая недавно нашим сотрудником, посвящена определению давности захоронений. Этому посвящена и монография, вышедшая в 2008 г. Очень своевременно, не находите? ■



Досье

Владимир Колесников родился в г. Ейске Краснодарского края в 1948 году. В 1972 году получил диплом Кубанского мединститута, работал судовым врачом Новороссийского морского судостроения, затем участковым терапевтом, эндокринологом в Курганинской ЦРБ. В 1976 году поступил в очную аспирантуру Кубанского мединститута по специальности «Социальная гигиена и организация здравоохранения». Работал на кафедре лаборантом, в 1982-м защитил кандидатскую диссертацию. С 1982 по 1986 год занимался административной работой, а с 1986-го возглавил Краснодарский краевой наркологический диспансер.

Заслуженный врач РФ. Главный нарколог ЮФО. Кандидат медицинских наук. Имеет более 40 опубликованных научных работ. Женат. Сын и дочь Владимира Витальевича пошли по стопам отца.

Основанный в 1982 году, Краснодарский краевой наркологический диспансер на данный момент имеет одну из самых мощных в России химико-токсикологических лабораторий, стационар на 350 коек, амбулаторное отделение, а также медико-социальный центр профилактики наркомании среди несовершеннолетних.

Волонтеры в борьбе с наркоманией

■ Наталья Кириллова

Краснодарский краевой наркологический диспансер занимается профилактикой наркомании и токсикомании на территории Краснодарского края, оказывает специализированную медицинскую помощь больным алкоголизмом, наркоманией, токсикоманией, помогает бороться с табакокурением и игровой зависимостью.

Здесь используются самые современные методики лечения наркологических больных, имеется мощное диагностическое и лечебное оборудование, хорошо оснащенный физиотерапевтический кабинет, барокамера, активно применяется лечебная физкультура.

Укомплектован штат психотерапевтов и психологов, которые помогают не только больным, но и их родственникам, зачастую не понимающим, что они тоже ответственны за то, что их близкие решают свои проблемы с помощью наркотических средств, что и от них зависит, избежит ли рецидива больной.

Регулярно приглашаются ведущие российские учёные для проведения выездных семинаров и курсов повышения квалификации, активно внедряются новые профилактические формы и методы работы — это одно из важнейших направлений сегодняшней деятельности наркодиспансера.

— Мы отошли от обычного чтения лекций в школах и других учебных заведениях, так как это малоэффективно, — рассказывает главный врач Владимир Колесников. — Вместо этого мы первыми в стране организовали волонтерское движение. Его девиз: «Равный — равному». Несколько лет назад на правительственной межведомственной комиссии по борьбе с наркоманией заслушивался опыт нашей работы. Было рекомендовано внедрять наши наработки по всей Российской Федерации. Мы активно используем тренинговые методики в работе, рассматриваем и пути выхода из сложных жизненных ситуаций. Здесь речь идёт не только о наркозависимости. У молодёжи эти занятия пользуются большой популярностью.

Волонтеры — это добровольцы-первокурсники вузов, с которыми проведена подготовительная работа и которые идут со своими знаниями к своим ровесникам. Мы открыли наркологические кабинеты в нескольких учебных заведениях края. Начали с наркологического кабинета в Кубанском государственном университете — и студенты пошли на приём к наркологу, кому-то дают консультацию, кому-то прописывают необходимое лечение. В общем, эта акция оказалась востребованной.

Сейчас занимаемся организацией подобных кабинетов в школах. Более того, наши волонтеры работают в колонии для несовершеннолетних правонарушителей. Она находится в Белореченске, и несколько раз в год ребята совместно с сотрудниками Госнаркоконтроля выезжают туда, проводят семинары, тренинги. Результаты работы положительные: из колонии к нам идут письма с просьбами приехать ещё, ответить на проблемные вопросы, помочь в трудных ситуациях. Это вдохновляет, ведь мы видим востребованность своей работы реальными людьми. И статистика (уровень заболеваемости наркоманией у нас почти в два раза превышает общероссийский, в отличие от алкоголизма) нас не пугает. Да, это серьёзные показатели — 46 тысяч официально зарегистрированных потребителей наркотических средств, — но мы ведём активную профилактику, у нас очень большая выявляемость наркозависимых, высокий уровень лечения, не уступающий ведущим российским наркологическим центрам. Мы вкладываем в свою работу душу, осознавая её важность и необходимость.

Можем по праву гордиться своим потенциалом



■ Наталья Кириллова

ствования населения и отдыхающих на СПИД, СПИД-ассоциированные заболевания, вирусные гепатиты и ИППП. На сегодняшний день центр имеет развитую структуру — это лабораторно-диагностическое отделение, включающее диагностическую лабораторию ИФА, лабораторию ПЦР-диагностики, клинко-иммунологическую, биохимическую лабораторию, микробиологическую лабораторию для диагностики наиболее частых СПИД-ассоциированных заболеваний, проведения бактериологических исследований по контролю за ВБИ и скринингового обследования на вирусные гепатиты В и С. Клиническое отделение занимается диспансеризацией и оказанием медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, а также организацией оказания необходимой помощи этим больным на дому. Специалисты отделения клинической эпидемиологии обеспечивают профессиональное эпидемиологическое расследование каждого случая заражения, а сотрудники отделения профилактической помощи населению проводят всевозможные профилактические мероприятия, акции среди различных групп населения (в первую очередь молодежи и групп повышенного риска).



месте, не обращаясь для этого в другие учреждения.

Наши сотрудники осуществляют большую работу по реализации ПНП «Здоровье» в части оказания медицинской помощи и лечения больным ВИЧ-инфицированным (раздел «Профилактика ВИЧ-инфекции, гепатитов В, С; выявление и лечение больных ВИЧ»). Также мы координируем проект по разделу иммунопрофилактики, в первую очередь против гепатита В, кори, гриппа; организуем мероприятия по профилактике внутрибольничных инфекций и контролю за инфекционными заболеваниями в Сочи.

Основное внимание уделяем координации работы всех служб города, организуем заседания координационной комиссии и «круглые столы» со средствами массовой информации, с администрацией города, проводим совещания с общественными организациями по объединению в борьбе с ВИЧ-инфекцией и пропаганде здорового образа жизни. В результате всех этих действий в Сочи уровень заболеваемости ВИЧ ниже, чем в некоторых курортных городах, и кумулятивный процент поражения СПИДом также ниже, чем по России. В городе не было резких скачков подъема заболевания, несмотря на то, что Сочи — это зона отдыха, где в течение года гостит порядка четырех миллионов человек. Считаю, что это — достижение нашей слаженной профессиональной команды. ■

Досье

Н. М. Кочетков родился в 1946 году в селе Поляны Рязанской области. Окончил Рязанский государственный медицинский институт им. Павлова. С 1996 года возглавляет Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ. Заслуженный работник здравоохранения Кубани. Главный эпидемиолог управления здравоохранения г. Сочи. Кандидат медицинских наук, профессор РАЕ. Имя Николая Марковича занесено в энциклопедию «Лучшие люди России».

— Наше учреждение в минувшем году отметило своё 20-летие. Центр ведёт свою историю с 1987 года, когда в городе была создана лаборатория диагностики СПИД при центре Госсанэпиднадзора для организации мероприятий по сдерживанию эпидемии ВИЧ в городе-курорте, — рассказывает главный врач ГУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и ИЗ №3» Департамента здравоохранения Краснодарского края Николай Кочетков. — И сейчас мы по праву можем гордиться своим кадровым потенциалом и техническими возможностями. За сравнительно небольшое время нами была организована сеть кабинетов психосоциального консультирования и добровольного освидетель-

Наши основные задачи — продолжение мер по сдерживанию эпидемии в городе, а также организация подготовительной работы к Олимпиаде. Мы проводим целенаправленную работу по подготовке службы ранней диагностики, службы социального консультирования населения (местных жителей, воинский контингент и приезжих). На сегодняшний день мы закончили переоборудование нашей лаборатории, и теперь центр имеет возможность обеспечивать и раннюю диагностику, и контроль за лечением пациентов на современном уровне, в соответствии со стандартами оказания специализированной помощи ВИЧ-инфицированным на

Владимир Баскаков:

«Мы отдаём приоритет высоким технологиям»

■ Наталья Кириллова

В декабре 2007 года МУЗ «Детская городская клиническая больница № 1» (для новорождённых) г. Астрахани отметила своё 60-летие.

На сегодняшний день это уникальное лечебное учреждение, оказывающее специализированную медицинскую помощь новорождённым детям в возрасте от 0 до 1 месяца, которые поступают из родильных домов города и области, а также по направлениям из территориальных поликлиник.

Клиника рассчитана на 130 коек, имеет в своей структуре реанимационное, неврологическое, инфекционное отделения, а также отделение второго этапа выхаживания недоношенных детей. Кроме этого, имеются отделения восстановительного лечения, лучевой диагностики, клинко-диагностическая лаборатория.

Транспортировка новорождённых осуществляется на оборудованном современном медицинской техникой реанимобиле.

Основная задача медучреждения – оказание специализированной медицинской помощи новорождённым.

– Таких уникальных клиник, как наша, в Южном федеральном округе больше нет, да и по стране в целом наберётся лишь три-четыре подобных учреждения, – не сомневаете главный врач Владимир Баскаков. – В прошлом году нашу больницу посетила делегация Правительства РФ: увиденным министрам остались довольны, и теперь нам поручено поделиться своей работой в выхаживании и лечении тяжёлых малышей – в сентябре у нас будет проведена межрегиональная научно-практическая конференция по вопросам неонатологии.

– Наверное, в числе прочего вы сможете поразить гостей и хорошей материальной базой?

– Не могу сказать, что в этом плане у нас нет проблем: в любом лечебном учреждении всегда требуется что-то новое, чего-то не хвата-

ет, ведь медицинские технологии не стоят на месте, и то, что ещё вчера было суперсовременным, сегодня нуждается в модернизации. Впрочем, нам, разумеется, есть что показать: благодаря Федеральной адресной инвестиционной программе «Дети России» реализован проект реконструкции больницы, построен новый блок для организации палат «Мать и дитя», закуплены новейшее медицинское и технологическое оборудование, мебель.

– Одним из актуальных направлений родовспоможения является вынашивание и лечение детей с серьёзной патологией в развитии. Вы принимаете в этом участие?

– Динамические наблюдения и лечение беременных женщин осуществляют женские консультации, акушеры-гинекологи и психологи. Мы же, со своей стороны, берём на лечение и выхаживание всех родившихся с патологией развития детей, их у нас пролечивается за год около трёх тысяч.

– В том, что больница существует и пользуется заслуженной славой, немалая заслуга персонала.

– Полностью согласен с этим. Нас знают далеко за пределами Астраханской области, и это благодаря таким людям, как заместитель главного врача по лечебной работе С.И. Ажкамалов, заведующие отделениями А.Г. Молев, В.А. Ткачёв, Т.А. Кулёмина, Т.И. Тер-Захарьянц, Н.С. Коноваленко и многие другие



Досье

Владимир Баскаков родился в 1957 году в г. Грозном. В 1981-м окончил Астраханский государственный медицинский институт. Работал хирургом в больнице скорой медицинской помощи г. Астрахани, главным хирургом городского отдела здравоохранения, главным врачом детского кардиологического санатория. С 2005 года является главным врачом детской городской клинической больницы № 1 для новорождённых.

Женат, отец двоих детей.

Любит рыбалку и охоту.

специалисты, посвятившие себя неонатологии, имеющие колоссальный опыт работы в лечении и выхаживании новорождённых.

– Владимир Сергеевич, чего вы ожидаете от будущего?

– Мы отдаём приоритет высоким технологиям, в ближайшее время намерены получить федеральную квоту по оказанию специализированной помощи новорождённым с экстремально низкой массой тела – менее 1,5 кг. Уже подготовлен пакет документов для лицензирования этого вида деятельности. Чтобы получить лицензию, необходимо выполнить ряд условий Минздрава РФ: это наличие материальной базы, высококлассной аппаратуры, подготовленных специалистов с достаточным стажем и опытом работы – всё это у нас есть.

– Что ж, мы желаем вам успешного завершения начатого дела во благо ваших маленьких пациентов.

Организатор: Выставочный центр "БашЭКСПО"

При поддержке:

Министерства здравоохранения Республики Башкортостан

ГУП «Медтехника РБ»

Под патронажем Торгово-промышленной палаты РФ

МЕЖДУНАРОДНЫЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ ФОРУМ



MED+CINE EXHIBITION
XVII международная выставка
МЕДИЦИНА 2008

Медицина

ОБОРУДОВАНИЕ, ПРИБОРЫ, ИНСТРУМЕНТЫ, МАТЕРИАЛЫ,
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПРОДУКЦИЯ

7 - 9 октября
УФА

Научно-практические конференции:

- Развитие службы крови РБ
- Актуальные вопросы хирургии
- Актуальные вопросы функциональной диагностики
- Актуальные вопросы лабораторной диагностики
- Актуальные вопросы кардиологии
- Актуальные проблемы реаниматологии и интенсивной терапии
- Вопросы диагностики и лечения неврологических заболеваний
- Актуальные проблемы педиатрии
- Актуальные вопросы болезней органов дыхания
- Новые технологии восстановительной медицины, курортологии, физиотерапии. Актуальные вопросы кумысолечения
- Соматические заболевания у беременных
- Внебольничный аборт. Влияние на репродуктивную функцию и перинатальные потери



ВЫСТАВОЧНЫЙ ЦЕНТР
БАШЭКСПО

Оргкомитет выставки:

тел.: (347) 256-51-80, 256-51-86

факс: (347) 290-87-07

e-mail: medicine@bashexpo.ru

<http://www.bashexpo.ru>

Успехи и традиции Сармановской ЦРБ

■ ЕЛЕНА ГОРБУНОВА

Как рассказал главный врач Ирик Нуртдинович Билалов, ещё 75 лет назад Сармановская ЦРБ представляла собой небольшое одноэтажное здание, построенное из бутового камня. Сегодня это современное учреждение, оказывающее 66 видов медицинской помощи, с типовой больницей, поликлиникой, акушерским корпусом, оснащённым всем необходимым оборудованием.

Кроме того, ЦРБ включает в себя Джалильскую районную больницу, Сакловбашевскую участковую больницу, Александровскую врачебную амбулаторию и 51 фельдшерско-акушерский пункт.

В 2007 году в Сарманово была открыта новая поликлиника на 250 посещений в смену, имеющая отличительную особенность: в ней с самого начала не предусмотрены регистратура и кабинет доврачебного осмотра. Их функции переданы средним медицинским работникам, врачам общей практики, обслуживающим восемь участков. Таким образом, повысилась ответственность сотрудников за сохранность медицинских карточек и устранились лишние очереди.

При хорошо оснащённых поликлинических лабораториях открыты кабинеты для сбора анализов на месте. Изменился и график работы поликлиники. Приём начинается в 7.30 и заканчивается в 18.00. Работает поликлиника и в воскресные дни — с этой целью для врачей общей практики предусмотрены отдельные манипуляционные кабинеты. Благодаря приоритетному национальному проекту «Здоровье» значительно усилилась материально-техническая база медучреждений района. В рамках проекта получено два санитарных автомобиля, в том числе реанимобиль. Поставлена цифровая малодозовая флюорографическая установка, переносной УЗИ, ЭКГ аппарат.

Непосредственно в Сармановскую ЦРБ поступило новейшее стоматологическое и лабораторное оборудование, шестиканальные аппараты УЗИ и ЭКГ, эхоэнцефалограф, фибродуоденоскоп, диагностический лапароскоп, сумка-укладка для выездных работ врачей и многое другое. Освоены холтеровское мониторирование и цифровая флюорография. Запущена в эксплуатацию литейная лаборатория для изготовления индивидуальных зубных протезов, освоена технология радиовизиографа в стоматологии.

В хорошо оснащённом роддоме есть своя операционная, кислородный концентратор, детские куветы, дыхательный аппарат и прочее оборудование. На средства от родовых сертификатов закуплены анализатор доплеровский матери и ребёнка и другая аппаратура, а также железосодержащие и витаминные препараты для беременных женщин. В прошлом году рождаемость в районе повысилась на 3%. Акушерами-гинекологами района разработаны мероприятия, позволяющие на ранних стадиях выявлять такое опасное заболевание, как рак шейки матки. Благодаря этому в последние 15 лет в районе не встречается 3–4-й стадии этого заболевания.

В больнице имеется определённый опыт работы в области телемедицины. С 2000 года здесь проводятся плановые телеконсультации по пульмонологии, токсикологии, кардиологии и аритмологии с ведущими специалистами РКПТД, РКБ. В настоящее время ведутся работы по модернизации оборудования.

Коллектив больницы спланирует не только работа, но и участие в спортивных и культурно-массовых мероприятиях. В кабинете главного врача немало грамот и кубков, завоёванных командой ЦРБ в спартакиадах по лёгкой атлетике, волейболу, гиревому спорту, перетягиванию каната и лыжам. В 2002 го-



Досье

И. Н. Билалов родом из Альметьевского района Республики Татарстан. В 1982 году после окончания Казанского медицинского института работал врачом-стоматологом в Алькеевском районе, параллельно возглавляя его комсомольскую организацию. С 1996 года руководит Центральной районной больницей Сармановского района. Врач-ортопед-стоматолог первой категории. Организатор здравоохранения первой категории. Отличник здравоохранения РФ.

Женат, имеет двух детей. Увлекается спортом, пением, садоводством, рыбалкой.

ду на спартакиаде работников здравоохранения Татарстана команда Сармановской ЦРБ была признана лучшей. Отличается коллектив ЦРБ и вокальным мастерством. Его солисты — постоянные участники районных и республиканских фестивалей, проходящих с целью популяризации национальных праздников. С их творчеством знакомы и за пределами республики.

Кроме того, среди отделений проводятся конкурсы на лучшее национальное блюдо, лучшее обустройство прилегающих участков. Хорошие условия для работы и отдыха — немаловажный показатель отношения и к пациентам, и к медицинскому персоналу, успешному во всех отношениях. ■



УСТАНОВИТЬ ЛИЧНОСТЬ ЖИЗНЕННО ВАЖНО

■ НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА

ГУ Республики Коми «Бюро судебно-медицинской экспертизы» как самостоятельное учреждение было образовано в 1964 году в результате объединения действовавших ранее судебно-медицинских отделений. С момента объединения судебно-медицинской службы в единый организационно-методический и административно-хозяйственный механизм её развитие пошло более интенсивно. Уже в 1968 году бюро имело в своём составе все необходимые для успешного решения экспертных задач лабораторные подразделения. А в 1971 году для бюро была выделена часть здания по улице Кирова, 25. В этом здании разместились и функционируют до сегодняшнего дня все подразделения БСМЭ.

Досье

Эдуард Наумов родился 4 июня 1967 года. Окончил Ижевскую государственную медицинскую академию по специальности «Лечебное дело» и интернатуру по специальности «Судебная медицина». В 2000 году защитил кандидатскую диссертацию. Имеет диплом менеджера-профессионала Школы бизнеса открытого университета Великобритании ЛИНК, диплом Федеральной программы подготовки управленческих кадров по специализации «финансовый менеджмент».

С 2003 года — начальник ГУ Республики Коми «Бюро судебно-медицинской экспертизы». Главный судебно-медицинский эксперт Министерства здравоохранения Республики Коми, доцент кафедры «Организация здравоохранения и общественное здоровье» Коми филиала Кировской государственной медицинской академии. Стаж работы в судебной медицине — 14 лет.

Э. С. Наумов — председатель Коми научного медицинского центра СЗО РАМН, член Координационного совета по судебной медицине при представителе министра здравоохранения РФ в Северо-западном федеральном округе, член правления Всероссийского общества судебных медиков РФ.

Жена Эдуарда Сергеевича — эксперт-гистолог, работает вместе с мужем. Воспитывают двоих детей.

С момента образования до 1994 года бюро руководил Ф. Д. Горчаков. В настоящее время ГУ РК «Бюро СМЭ» продолжает своё развитие: укрепляется материально-техническая база, лабораторные подразделения оснащаются современным оборудованием, практически завершена компьютеризация. Работают здесь замечательные люди и первоклассные специалисты — В. Христолюбов, Ф. Горчаков, С. Стариков, Н. Комольцева, М. Зельверт, В. Ломов, Т. Максимова, Н. Фалевская, А. Никитина, С. Чичеров и многие другие. Они, помимо непосредственных своих обязанностей, проводят научные исследования, а также преподают на кафедре медико-биологических дисциплин Коми филиала Кировской ГМА (курсы анатомии, гистологии, права и судебной медицины) и ведут спецкурсы судебной медицины в Сыктывкарском госуниверситете и Сыктывкарской школе милиции, ведут научную работу по организации здравоохранения.

— В наших планах, — рассказывает начальник бюро, кандидат медицинских наук Эдуард Наумов, — создание генетической лаборатории (необходимость в ней остро назрела), остеологической и спектральной лабораторий. А сейчас ожидаем поступления хроматомасспектрометра — аппарата, позволяющего

определить молекулы вещества. Он крайне необходим химическому отделению для глубокого анализа: с его помощью легко обнаружить в крови посторонние включения, в том числе наркотические вещества. С вводом в эксплуатацию генетической лаборатории мы сможем выйти на более высокий уровень работы — будет возможность проводить множество генетических исследований, к примеру потожировую экспертизу. А это немаловажно, ведь такая экспертиза позволяет подтвердить или опровергнуть причастность конкретного человека к совершению преступления.

— Как эксперт Наумов относится к идее сбора образцов ДНК и отпечатков пальцев у всего населения страны?

— Положительно. Ведь это фактически генетическая паспортизация. Соответственно на порядок повысится раскрываемость преступлений. Впрочем, нельзя забывать и о том, что у нас очень много неустановленных трупов — и криминального характера, и «потеряшки», и погибшие в военных действиях, и пострадавшие в ДТП... И идентификация этих людей будет на несколько порядков выше. Их сейчас так и хоронят, не установив личность. А ведь многих из них продолжают искать, надеются увидеть живыми и здоровыми родные и близкие. ■

Эльвира Нечаева: «Готовим врачей для своей республики»

■ РАИСА ЕМЕЛЬЯНОВА



Август – время зачисления в вузы абитуриентов, успешно сдавших экзамены. О том, престижно ли сегодня медицинское образование, об участии студентов в научно-исследовательских работах и о многом другом наш корреспондент беседует с директором Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава» в г. Сыктывкаре, кандидатом медицинских наук Эльвирой Нечаевой.

— **К**оми филиал Кировской госмедакадемии был открыт в мае 1996 г., — рассказывает Эльвира Владимировна. — До этого в Коми не было своего медицинского учреждения высшего профессионального образования. Почему такое решение возникло именно в 1996 г.? Это обусловлено в первую очередь большим оттоком врачей из региона в начале 90-х. К этому времени практически к нулю свелась разница в уровне заработной платы врачей Центральной России и её северных территорий, к которым относится и Республика Коми. Раз так, то люди устремились в более комфортные по климату, социальной инфраструктуре, более привлекательные в географическом плане территории России. Действующие в соседних регионах — Архангельской, Ярославской, Кировской областях — медицинские вузы не смогли восполнить образовавшийся в нашей республике дефицит врачей. Выпускники этих вузов, даже те, кто учился по целевым направлениям администраций муниципальных районов, на родину тоже не возвращались. В этой непростой ситуации Правительством Республики Коми было принято решение об организации своей базы подготовки врачей.

Вначале это был филиал лишь одного факультета Кировской медакадемии — лечебного. А в 2000 г. на его основе создан филиал вуза. Следующий этап — получение лицензии. Это произошло в 2006 г. После успешного прохождения лицензирования мы получили статус государственного учреждения профессионального образования. Таким образом, с 2006 г. мы имеем

возможность вести полный цикл обучения студентов на лечебном факультете. Произошли серьёзные изменения и в структуре учреждения. Если на первом этапе в нашем филиале было всего три кафедры, то сегодня их уже 12. Если поначалу нашим студентам после 2–3-го курсов приходилось дальнейшее обучение проходить в Кирове, то начиная с 2006 г. они полностью получают образование в Сыктывкаре. В этом году мы распределяли уже третий собственный выпуск. Ещё одно важное событие в жизни Коми филиала — открытие второго факультета — довузовской подготовки и дополнительного образования.

— **Итак, ваш филиал существует 12 лет. Удалось ли за этот сравнительно небольшой период решить главную задачу, ради которой, собственно, учреждение и создавалось? То есть восполнить дефицит врачей в поликлиниках и больницах Республики Коми?**

— За последние три года, когда мы ведём подготовку студентов исключительно на своей базе, удалось выпустить 242 молодых специалиста. Все они, за исключением трёх-пяти, остались работать в республике. Так что, считаю, что основную свою задачу мы решаем достаточно успешно. И такую же оценку нам выставляет Министерство здравоохранения Республики Коми, с которым мы тесно сотрудничаем. В частности, нам удалось хорошо укомплектовать первичное звено здравоохранения участковыми терапевтами, педиатрами. Самое важное то, что улучшилась укомплектованность этими специалистами ЛПУ сельских районов. Здесь к началу века ситуация

Досье

Эльвира Нечаева в 1976 г. окончила Архангельский государственный медицинский институт и приступила к работе врачом-невропатологом. По окончании ординатуры в 1983 г. заведует неврологическим отделением Коми республиканской больницы, одновременно становится главным внештатным неврологом Республики Коми.

С 1997 г. — заместитель главного врача КРБ. С 2002 по 2005 год — министр здравоохранения республики.

С началом административной реформы, в результате которой происходит слияние двух министерств — здравоохранения и социального развития, уходит из вновь образованного министерства на преподавательскую должность на кафедру общественного здоровья и здравоохранения Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская ГМА Росздрава» (или, как все называют его для краткости, Коми филиал).

С февраля 2007 г. возглавляет это учреждение и одновременно заведует кафедрой общественного здоровья и здравоохранения.



с кадрами врачей в первичном звене здравоохранения была просто катастрофичной. Объективности ради надо признать, что и сейчас укомплектованность врачами ЛПУ республики, особенно в сельских районах, далека от 100%-ной. Не хватает врачей узких специальностей. В целом отрасли здравоохранения не хватает сегодня 2500 врачей. Так что востребованность в наших выпускниках по-прежнему высока.

— А как вы оцениваете ситуацию с кадрами непосредственно в Коми филиале? Ему ведь тоже пришлось кадровую проблему решать чуть ли не с нуля?

— У нас прекрасный педагогический коллектив. В штате 105 преподавателей. Из них 14 докторов и 50 кандидатов медицинских наук. «Остепенённость» преподавателей филиала составляет 62,4%. Это важный результат, и мы им гордимся. Это позволило открыть в Республике Коми научный медицинский центр СЗО РАМН, ведущие учёные которого привлекались к чтению лекций для студентов филиала. Среди них: академики РАМН Б.Н. Ткаченко, Э.К. Айламазян, А.А. Тотолян, И.Б. Ушаков и др. В коллективе профессорско-преподавательского состава 1 академик РАН, 1 член-корреспондент РАН, 1 заслуженный врач РФ, 9 членов общественных российских и иностранных академий. Практически все кандидаты, доктора наук — жители республики, и росли они профессионально вместе с филиалом. Именно открытие филиала подтолкнуло многих медиков республики к активным занятиям научными исследованиями, анализом практических достижений. Число участников научных исследований возросло в последние годы в 4 раза. Особенно хочу подчеркнуть устремлённость в науку практикующих врачей. Ведь многих прежде сдерживала необходимость подыскивать себе научного руководителя в вузах за пределами республики. С открытием своего филиала, появлением в его штате профессоров, докторов наук такой необходимости уже не было. К тому же у нас

очень хорошая библиотека, есть электронный отдел, Интернет — в общем, все самые современные варианты поиска научной информации (единственная медицинская библиотека в РК).

— Ваш филиал находится на территории национальной республики, это обстоятельство как-то учитывается в программе обучения студентов?

— Наши студенты дополнительно изучают общую клиническую иммунологию, электрокардиологию, аллергологию, влияние экологии на жителей Севера. А ещё, что наверняка вас удивит, наши студенты в рамках регионального компонента изучают русский язык и культуру речи. Первые три компонента обусловлены желанием и необходимостью изучать влияние Севера на здоровье жителей региона. Четвёртый — тем, что половина наших абитуриентов — жители отдалённых северных районов, выпускники национальных школ, имеющие целевые направления от администраций муниципальных образований. Им предоставляются определённые льготы при поступлении в расчёте на то, что, окончив вуз, они вернутся на малую родину. Важно, чтобы они могли осваивать специальные предметы на равных с остальными студентами, а для этого необходимо подтягивать их знания по русскому языку.

— По каким направлениям ведётся научно-исследовательская работа в вузе? Есть ли свои научные школы?

— На сегодняшний день у нас три научные школы. Первой руководит заместитель по научной работе филиала Михаил Павлович Рощевский, академик РАН, являющийся основателем и руководителем научной школы электрофизиологов, имеющей мировое признание. Под его началом проводится новаторское исследование в области сравнительной электрофизиологии животных и человека. Вторая научная школа изучает особенности метаболизма у разных групп жителей Севера, влияние фактора сезонности на Севере на физиологические

процессы жителей этих регионов. Эту школу возглавляет заведующий кафедрой биохимии профессор Е.Р. Бойко. Доктор медицинских наук, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии и одновременно министр здравоохранения Республики Коми М.А. Мурашко руководит третьей школой, основное направление которой — перинатология и особенности репродуктивного здоровья женщин в условиях европейского Севера. Материалы исследований становятся базой для написания научных работ.

— А студенты участвуют в научных исследованиях?

— Безусловно, причём очень активно. За последние три года число студентов, занимающихся в научных кружках, выросло со 148 до 193. По итогам учебного года организуются студенческие научные конференции. В этом году впервые такая конференция (по теме «Общественное здоровье») проходила на английском языке. Всем понаравилось. А недавно наши студенты выиграли грант международной благотворительной организации Rotary International на проведение научной работы по профилактике артериальной гипертензии среди населения Республики Коми.

— Что ж, мне остаётся пожелать вам дальнейших успехов на вашем благородном поприще — подготовке квалифицированных специалистов для здравоохранения республики. Кстати, каким был конкурс в ваш вуз в этом году?

— Несмотря на то что абитуриентов в целом в республике и в России в этом году значительно меньше, чем в прошлом, конкурс в наш филиал по-прежнему высокий — 4,2 на место. ■

Счастье видеть окружающий мир

■ НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА

Алтайский краевой медицинский центр микрохирургии глаза был основан в Барнауле в июле 2005 года с целью оказания высококвалифицированной медицинской помощи людям, страдающим глазными заболеваниями, и с первых дней зарекомендовал себя как одно из ведущих учреждений данного профиля. Клинико-экспертной работой центра руководит широко известный специалист в области офтальмологии с более чем 20-летним стажем работы, врач-офтальмолог высшей категории Владимир Лебедев, являющийся к тому же главным внештатным детским офтальмологом края.



Владимир Лебедев, врач-офтальмолог высшей категории

Как рассказал Владимир Лебедев, центр располагается на базе ГУЗ «Краевая офтальмологическая больница», старейшей офтальмологической клиники Алтайского края, и не просто сотрудничает с нею – некоторые специалисты совмещают работу и в центре, и в больнице. Кстати, и сам Владимир Ильич заведует вторым микрохирургическим отделением. И хотя с юридической точки зрения медицинский центр микрохирургии глаза является молодым, но профессиональный уровень его персонала высочайший. Это, прежде всего, результат многолетней врачебной практики в краевой офтальмологической больнице.

Стараясь сделать процесс лечения для своих пациентов комфортным и эффективным, специалисты центра стремятся приобретать самое передовое клиническое оборудование, не уступающее по своим параметрам оборудованию ведущих офтальмологических клиник России.

Сегодня центр располагает высокоточной диагностической аппаратурой для биомикроскопического и ультразвукового исследования глаза, проводит лазерную коррекцию зрения с использованием уникальной эксимерлазерной установки «Олимп – 2000».

«Мы предлагаем самые совершенные, досконально отработанные на практике методы лазерной

коррекции зрения, – рассказывает Владимир Ильич. – Осуществляем коррекцию близорукости, дальнозоркости, астигматизма (близорукое, дальнозоркое и смешанное). При необходимости лечения дистрофии, отслойки сетчатки занимаемся лазеркоагуляцией.

У нас выполняются операции методом фоторефракционной кератэктомии, применяются самые совершенные на сегодняшний день методики ЛАСИК, ЭПИЛАСИК. В Алтайском крае мы первыми стали осуществлять эти операции».

И хотя краевой медицинский центр микрохирургии глаза является коммерческой структурой, здесь занимаются лишь теми проблемами, которые недоступны в других подобных клиниках края. Если же у обратившихся сюда за помощью после диагностики будет выявлена патология, помощь по которой можно получить бесплатно, они будут направлены в больницу.

Врачи офтальмологического центра микрохирургии глаза – лучшие специалисты Барнаула, постоянно ведут научно-практическую работу в области офтальмологии и коррекции зрения, активно сотрудничают с ведущими глазными клиниками и научно-медицинскими центрами России.

«Если человек пришёл к нам, то он должен быть уверен, что ему окажут квалифицированную помощь, –

продолжает доктор Лебедев. – И хотя немалый процент успеха зависит от оборудования, главная роль в этом всё-таки отводится специалистам, их знаниям и умениям. Надо сказать, что все наши сотрудники соответствуют высокому званию врача, но особенной благодарности, на мой взгляд, заслуживают Александр Сергеевич Макогон, врач высшей категории с большим опытом, с которым мы восемь лет назад начинали работать над лазерными операциями, и Наталья Владимировна Домнина, молодой, но подающий надежды специалист.

Получив у нас помощь – пусть даже платную – и хороший результат, уже бывшие пациенты снова идут к нам. С благодарностью. Кто-то несёт банку майского мёда, кто-то шоколад и вино – конечно, это уже излишество. Но запретить людям принести эти подарки не имеем права. Ведь они благодарят от чистого сердца, как можно обидеть человека? Кто-то в течение всей жизни мечтал избавиться от очков (как, кстати, и я сам – это и предопределило выбор моей профессии), кому-то мы вернули счастье видеть окружающий мир... Сам я так и не расстался с очками, зато смог помочь тысячам больных (после пяти тысяч проведённых операций сбился со счёта) восстановить зрение. Это ли не счастье для врача?» ■



Досье

Сергей Полудницын — потомственный врач в третьем поколении, его дед был земским врачом. К выбору профессии Сергей Энгельсович подошёл вполне осознанно, и уже во время учёбы в Красноярском государственном медицинском институте приобретал первые навыки, работая медбратом в больнице

скорой медицинской помощи. В 1984 году молодого выпускника направляют в Центральную районную больницу Нижнеингашского района Красноярского края, а через год он уже возглавляет Соколовскую амбулаторию. В Красноярской краевой психоневрологической больнице № 1 Сергей Полудницын работает с 1988 года. В должности главного врача — с мая 1999-го.

В таёжном краю

■ ЕЛЕНА ГОРБУНОВА

Красноярская краевая психоневрологическая больница № 1, возглавляемая Сергеем Полудницыным, находится в таёжной местности, в 350 километрах от Красноярска, почти на границе с Иркутской областью, среди вековых реликтовых сосен и берёз. Ближайший населённый пункт — посёлок Нижний Ингаш — расположен в 25 километрах.

Как рассказал Сергей Энгельсович, создание психиатрической помощи в крае началось ещё в 30-х годах прошлого века при активном участии старейшего психиатра Сибири М. П. Прейса. В феврале 1937 года по его инициативе на базе бывшего совхоза, располагавшегося в Нижнеингашском районе, была организована лечебно-трудовая краевая психиатрическая колония на 70 коек, однако ввиду острого недостатка мест в стационарно-психиатрической сети края коечная мощность из года в год увеличивалась — и к концу 1974 года была доведена до полутора тысяч. К 1988 году, после открытия новых психиатрических стационаров в Ачинске и Канске, количество коек уменьшилось до 800 (сто из них занимали туберкулёзные больные; в 2000 году их перевели в открывшееся туберкулёзное отделение Ачинска).

В настоящее время стационар круглосуточного содержания, каким по сути является больница, рассчитан на 700 коек, но вынужден обслуживать 805 (455 из них отведены для больных, находящихся, по определению суда, на принудительном лечении). Больница располагает рентген-кабинетом, физио- и стоматологическими кабинетами. В учреждении 11 отделений — на каждое отделение по

одному врачу, а на каждого врача — около сотни пациентов. Кадров, за исключением младшего медицинского персонала, не хватает, но ситуацию спасают прибавки в зарплате. Работающие с преступным контингентом получают дополнительно к окладу 45%, с хроническими больными — 25%, существует также система стимулирующих выплат, формируемых за счёт вакантных ставок.

Одним из наиболее действенных методов лечения психически больных является трудотерапия, этот метод широко используется в Красноярской краевой психоневрологической больнице № 1. Больные трудятся в столярных и слесарных мастерских, задействованы в ремонте корпусов, привлекаются и к благоустройству территории. Женщины заняты в швейном цехе по изготовлению и реставрации больной одежды. Подопечным больницы свойственны и творческие начала — они активно участвуют в художественной самодеятельности во время праздников.

В небольшом подсобном хозяйстве выращиваются овощи к общему столу. К сожалению, по новому федеральному закону запрещено засеивать большие угодья, поэтому с 2006 года часть полей остаётся нераспаханной. По этой же причине не выращивают теперь здесь ни свиней, ни коров, что тоже было

раньше хорошим подспорьем для небольшого бюджета.

Извечная и постоянная проблема — укрепление материально-технической базы. Больницу, созданную 70 лет назад, практически необходимо отстраивать заново. Но пока, к сожалению, возведение новых корпусов не предусмотрено. Правда, на данный момент строится гараж на 25 машин, и, кроме того, готовится проектно-сметная документация на строительство нового пищеблока.

Большая часть сотрудников проживает в соседних населённых пунктах, остальные — рядом с учреждением, в котором работают, — в одноэтажных домах, образовавшихся небольшой посёлком, такой же ухоженный, как и территория Красноярской краевой психоневрологической больницы № 1. Благоустроенная силами медперсонала отделений, она выглядит вполне по-курортному: пышная растительность, цветы, птичье пение и, конечно, таёжный свежий воздух. ■



Наши приоритеты

■ **ВАЛЕРИЙ ОЧИРОВ**



Досье

Валерий Очиров окончил в 1974 г. Читинский мединститут, работал врачом-ординатором в урологическом отделении, затем прошёл клиническую ординатуру по урологии и с 1983 г. заведовал урологическим отделением БСМП, одновременно являясь главным урологом Минздрава РБ. Следующие вехи профессионального пути — заместитель главного врача по лечебной работе БСМП, директор медицинского центра ОАО «Концерн Ариг-Ус». С 1998 г. Валерий Михайлович возглавляет управление здравоохранения Администрации г. Улан-Удэ. Кандидат медицинских наук. Член ассоциации «Муниципальное здравоохранение РФ». Заслуженный врач Республики Бурятия. Заслуженный врач России.

К началу реализации нацпроекта «Здоровье» на территории г. Улан-Удэ уже шла активная работа по укреплению материально-технической базы муниципальных лечебных учреждений. За последние 10 лет построены и оборудованы 12 филиалов и врачебных амбулаторий. Развивающаяся система общеврачебной и семейной практики улучшает доступность медицинской помощи. Число всех посещений

в муниципальные амбулаторно-поликлинические учреждения города превышает 3 млн в год и составляет 9,4 на 1 жителя (по РБ 7,9). Совершенствуется система оказания медицинской помощи больным кардиологического профиля, в 2003 г. сдана в эксплуатацию городская больница № 1 на 100 коек. В 2006 г. введено в строй новое здание городской поликлиники № 3, в сентябре планируется открытие нового корпуса БСМП. Лечебными учреждениями города широко используются современные методы профилактики, диагностики и лечения заболеваний. Только в 2008 г. приобретено дорогостоящего медоборудования на 74 млн руб., в т. ч. мультиспиральный рентгеновский компьютерный томограф, 5 аппаратов «Искусственная почка», УЗИ-аппарат экспертного класса и др.

Важнейшей задачей муниципального здравоохранения города в условиях демографической реальности является охрана здоровья матери и ребёнка. Улучшены условия нахождения беременных, родильниц и новорождённых в городском роддоме. Используя природные условия курорта Аршан, Администрацией города приобретено здание профилактория «Саган Дали», где с июня 2007 г. открыто отделение восстановительного лечения и реабилитации детской городской клинической больницы. Эффективность перинатальных мероприятий, реанимационной службы, работа участковой службы обеспечили положительную динамику в состоянии здоровья беременных женщин, новорождённых, детей первого года жизни. Показатели, которые ранее превышали среднефедеративные, сегодня имеют тенденцию к снижению.

Актуальной, однако, остаётся проблема кадров. Учитывая значительную роль социального фактора в их закреплении, Администрация города активно работает над жилищным вопросом. За счёт вложения финансовых средств в подключение коммуникаций при кооперативном строительстве жилья значительно снижается его

стоимость (8,5 тыс. руб. за кв.м). В 2006–2007 гг. более 60 специалистов БСМП получили квартиры. На сегодня создан и ведёт строительные работы жилищный кооператив при ДГКБ. Городским ипотечным кредитованием смогли воспользоваться свыше 20 специалистов. Благодаря нацпроекту в ЛПУ города поступили оборудование и санитарный транспорт, вакцина и денежные средства на сумму 316,8 млн руб. Это позволило до 29% обновить имеющееся медицинское оборудование, снизить сроки ожидания определённых видов исследования, улучшить укомплектованность первичного звена.

Муниципальное здравоохранение г. Улан-Удэ решило ряд проблем в обеспечении доступности специализированной и высокотехнологичной медицинской помощи для малообеспеченных групп населения. По инициативе мэра Г.А. Айдаева за счёт средств местного бюджета кардиохирургами г. Москвы в республиканской больнице прооперировано 15 малообеспеченных больных с пороками сердца. За счёт средств местного бюджета реконструировано помещение и закуплено современное оборудование для филиала МНТК «Микрохирургия глаза» им. академика Фёдорова.

Реорганизация системы здравоохранения способствует позитивным изменениям в состоянии здоровья горожан. Показатели естественного движения населения в нашем городе в последние годы более благополучны, чем по РБ, СФО, РФ. Имеет тенденцию к снижению показатель общей смертности. Уровень младенческой смертности на протяжении ряда лет ниже республиканского и федеративного и составил в 2007 г. 7,7‰. Конечно, мы гордимся такими итогами, но работа по развитию первичной медико-санитарной помощи населению, направленной на сохранение и улучшение его здоровья, не завершена. Она будет продолжаться в рамках реализации Программы социально-экономического развития г. Улан-Удэ, принятой на ближайшие годы. ■

Флагман муниципального здравоохранения



ВАЛЕРИЙ АМАГИРОВ, главный врач, заслуженный врач Республики Бурятия

Городская клиническая больница скорой медицинской помощи им. В.В. Ангапова, созданная в 1977 году, является основным многопрофильным лечебным учреждением, оказывающим высококвалифицированную и специализированную помощь населению столицы и районов Республики Бурятия.

Стационар рассчитан на 445 коек круглосуточного пребывания пациентов хирургического и терапевтического профиля, включая отделения республиканского значения. В 2002 году приказом Минздрава РБ городской больнице скорой медицинской помощи присвоен статус клинической. Ежегодно здесь лечится более 13 тыс. пациентов, проводится до 7 тыс. операций.

30 лет существования БСМП — это 30 лет развития, достижений и побед. Больница по праву гордится как кадровым составом, так и обеспеченностью новейшим медицинским оборудованием. В течение последнего года для стационара было закуплено пять аппаратов «Искусственная почка», многофункциональный ультразвуковой сканер, мультиспиральный рентгеновский компьютерный томограф и единственный в республике аппарат «Мультифильтрат», предназначенный для больных, находящихся в критическом состоянии на фоне острых терапевтических и хирургических заболеваний. Общая стоимость приобретённого оборудования превысила 70 млн руб.

■ АНАСТАСИЯ МЕШКОВА

В коллективе больницы 1008 человек. Из 152 врачей 76% имеют квалификационные категории, 95% — сертификаты специалистов; из 379 медицинских сестёр категориями и сертификатами обладают 66 и 76% соответственно. БСМП является клинической базой медицинского факультета Бурятского госуниверситета и Республиканского базового медколледжа. Сотрудники БСМП ведут большую научно-практическую работу: участвуют во всероссийских съездах, конференциях, ежегодно публикуют статьи в научных медицинских изданиях. В БСМП восемь кандидатов медицинских наук, три аспиранта.

Коллектив ГК БСМП — лауреат I Всероссийского конкурса «Трудовая слава России». Среди его награды — почётный знак г. Улан-Удэ «За значительный вклад в социально-экономическое развитие города», диплом и памятный знак «100 лучших лечебных учреждений Сибирского федерального округа».

Врачи ГК БСМП неоднократно становились победителями в республиканском и городском конкурсе «Лучший врач» — это В.И. Матвеева, В.Р. Будаева, Н.Б. Горбачёв, И.М. Хабалова, В.Д. Бардонов, Л.А. Бардонова, Б.Д. Ванчиков.

В течение трёх последних лет реализован социально значимый проект — строительство жилого дома на территории больничного городка. А в 2007 году торжественно открыто обновлённое отделение терапии площадью около 1000 кв. м, развёрнутое на территории, освобождённой при переводе городской поликлиники № 3 в новое здание. Проведён капитальный ремонт с использованием современных материалов и оборудования. Отделение полностью оснащено новой мебелью, кроватями, а комфортные палаты рассчитаны на 2–4 пациентов. В целом сумма финансовых вложений составила более 6,5 млн руб.

На очереди новый крупный проект, сумма финансовых затрат на который составляет 454 млн руб.: Администрацией г. Улан-Удэ принято решение о строительстве в БСМП пристроя площадью 6200 кв. м. Здесь будут развёрнуты приёмный покой, смотровые, процедурные, перевязочные кабинеты, отделение экстренной помощи кратковременного пребывания, отделение РИТ для больных хирургического профиля, диагностический блок, в состав которого войдут клиническая экспресс-лаборатория, эндоскопическая служба, УЗИ-диагностика и современный операционный блок на двух этажах. Все отделения будут оснащены высокотехнологичным импортным оборудованием, удовлетворяющим запросам современной медицины. Проект здания предусматривает высококачественное инженерное оборудование, обеспечивающее бесперебойную работу систем.

После введения в эксплуатацию пристроя на освободившихся площадях разместятся дополнительные койки основных отделений, откроется круглосуточный детский травматологический пункт. С учётом наличия в БСМП детского травматолого-ортопедического отделения это позволит создать полный замкнутый цикл оказания травматологической помощи детям. ■



Северное здравоохранение: путь прогресса

■ АЛЕКСАНДР НИКОЛАЕВ

Республика Саха (Якутия) является одним из крупных субарктических и арктических регионов Российской Федерации, в связи с этим можно говорить о некоторых особенностях здоровья населения и здравоохранения республики.

Суровые климатические условия, огромная площадь территории, низкая плотность населения (0,1–0,9 чел. на 1 квадратный километр), неравномерность заселения, сложное транспортное обеспечение, недостаточно развитая сеть коммуникаций, небольшая мощность больниц – вот основные особенности Якутии, которые приходится учитывать при планировании и организации медицинской помощи населению. Как всё это выглядит в реальности, с читателями журнала делится министр здравоохранения Республики Саха (Якутия), доктор медицинских наук Вячеслав Александров.

— Если взять среднестатистический арктический улус (район) Якутии – Оленёкский, то в этом улусе один врач обслуживает территорию в 19 тысяч квадратных километров, – рассказывает Вячеслав Лаврентьевич, – а это, заметим, больше, чем площадь Калининградской области (15 тыс. квадратных километров). А в Мегино-Кангаласском улусе (самый маленький по территории район республики) одному врачу «подчиняется» 142 квадратных километра – это соизмеримо с княжеством Лихтенштейн в Европе (157 квадратных километров). В то же время в Республике Саха (Якутия) количество прикрепленного населения на одного врача колеблется от 200 до 500 человек.

В целом же численность населения республики составляет 949,8 тыс. человек: мужчин – 48,8%, женщин – 51,2%. Более половины женщин – репродуктивного возраста. Население в основном сосредоточено в городской местности, но одна треть проживает на селе; людей трудоспособного возраста в республике 64%. Таким образом, её популяционный по-

тенциал в целом можно охарактеризовать как благоприятный для дальнейшего улучшения демографической ситуации.

Медико-демографическая ситуация в республике остаётся стабильно положительной: естественный прирост населения вырос в 2007 году до 6,3. Родилось 15 199 детей, что на 1,5 тыс. больше, чем в 2006 году. Показатель общей смертности сохраняется на уровне 9,7 на 1000 населения. Ежегодно снижается младенческая и материнская смертность. Впервые за последние десятилетия наши медики добились заметного снижения заболеваемости населения.

– Вячеслав Лаврентьевич, расскажите о приоритетных задачах в развитии здравоохранения республики, что дало ему участие в реализации нацпроекта «Здоровье»? Какие программы, помимо этого, действуют на территории Якутии?

– Медицинская помощь населению в Республике Саха (Якутия) оказывается силами 598 лечебно-профилактических учреждений, в числе которых 172 участковые больницы, 56 врачебных амбулаторий,



Досье

Вячеслав Александров родился в 1952 году в селе Амга Амгинского района Якутской АССР. Окончил медицинский факультет Якутского государственного университета в 1975 году.

Послужной список Вячеслава Лаврентьевича составляют должности заведующего, главного врача Якутского республиканского наркологического диспансера, главного врача больницы № 1 Минздрава ЯАССР, заместителя министра здравоохранения ЯАССР по лечебным вопросам, инструктора отдела науки и учебных заведений Якутского обкома КПСС, заместителя директора по лечебной работе в Медицинском центре г. Якутска, генерального директора Клинико-диагностического центра г. Якутска, генерального директора Национального центра медицины, главного врача Республиканской больницы № 2 – Республиканского центра экстренной медицинской помощи.

В 2003 году Вячеслав Александров назначен министром здравоохранения Республики Саха (Якутия).

Доктор медицинских наук. Заслуженный врач Республики Саха (Якутия). Кавалер ордена Дружбы. В 2008 году удостоен знака отличия «Милосердие» Минздравсоцразвития РФ.

Депутат Государственного Собрания (Ил Тумэн) второго созыва.



Министерство здравоохранения Республики Саха (Якутия)

228 фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктов. В них сегодня трудятся 4,5 тыс. врачей (в том числе семь докторов и 100 кандидатов медицинских наук) и 11,5 тыс. среднего медицинского персонала. Укомплектованность врачами на начало текущего года составила 77%, средним медперсоналом – 88%.

В Республике Саха (Якутия) успешно реализуются Концепция совершенствования здравоохранения до 2025 года и Государственная целевая программа «Охрана здоровья населения Республики Саха (Якутия) на 2007–2011 годы». Несомненно, к продолжающимся положительным сдвигам в отношении уровня здоровья населения республики привели мероприятия приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения.

За два года реализации национального проекта «Здоровье» в 185 лечебных учреждений республики поставлено 577 единиц современного диагностического оборудования, 139 автомобилей скорой помощи, в том числе 5 снегоболотоходов повышенной проходимости. В результате этого увеличилось количество диагностических исследований в среднем на 20%, сократилось время ожидания больными бригад скорой помощи до 15 минут, уменьшилось время ожидания различных исследований до четырёх дней.

Для эффективной реализации

проекта создан Совет при Президенте Республики Саха (Якутия) В. А. Штырове. Совместно с Фондом медицинского страхования, Фондом социального страхования, территориальными управлениями Роспотребнадзора, Росздравнадзора действуют координационные советы по основным направлениям. Постановлением Правительства республики на реализацию национального проекта «Здоровье» выделено дополнительное финансирование из республиканского бюджета на 2006–2007 годы на сумму 174,2 млн руб., основная доля которых – 106,4 млн руб. – предусмотрена в 2006 году. Кроме того, Министерство здравоохранения при большой поддержке Правительства республики заключило контракт на поставку медицинского оборудования фирмы Siemens на 36 млн евро. На 2008–2010 годы на развитие национального проекта «Здоровье» в Республике Саха (Якутия) выделяется из регионального бюджета дополнительно еще 175 млн рублей. Республиканская больница № 1 – Национальный центр медицины Якутии с 2007 года участвует в выполнении федерального государственного заказа по высокотехнологичной медицинской помощи (сердечно-сосудистая хирургия, нейрохирургия) для регионов Дальнего Востока и Северо-Восточной Сибири.

– **Как обстоят в республике дела с лекарственным обеспече-**

нием? Какая проводится работа в этом направлении?

– У нас налажена система дополнительного лекарственного обеспечения льготных категорий граждан. Таким правом обладает почти пятая часть населения республики, или 180 тыс. человек. В 2007 году федеральным категориям льготников выписано и отпущено 260 тыс. рецептов на сумму 295 млн руб., а по республиканским обязательствам – 130 тыс. рецептов на 32 млн руб. В столице республики Якутске введён в строй Завод инфузионных растворов, получивший сертификат европейского качества ОМР и лицензию на производство лекарственных средств.

– **Уделяется ли внимание объектам здравоохранения, какие из них реконструированы, какие построены заново? Какие планы в этом направлении на 2008 год?**

– Ежегодно в улусах республики строится по пять-шесть новых типовых лечебных учреждений первичного звена. За прошедший 2007 год сданы в эксплуатацию 12 объектов здравоохранения общей мощностью 110 коек и 425 посещений в смену. Среди них можно отметить наиболее крупные: первая очередь больничного комплекса в Среднеколымске, поликлиника в посёлке Чульман Нерюнгринского района, поликлиника в городе Нюрбе, участковые больницы и врачебные амбулатории в Мегино-Кангаласском,

Хангаласском, Чурапчинском, Усть-Алданском улусах. В Инвестиционную программу 2008 года включено строительство трёх новых объектов здравоохранения в городе Вилюйске, селе Сунтар, посёлке Хандыга, а также завершение строительства четырёх объектов в городах Якутске, Среднеколымске и селе Кобяй Кобяйского улуса.

– Вячеслав Лаврентьевич, что бы вы отнесли к региональным особенностям и главным событиям якутского здравоохранения?

– Региональной особенностью здравоохранения Республики Саха (Якутия) является необходимость усиления и закрепления его профилактической направленности в соответствии с принятой в 2000 году Республиканской доктриной здорового образа жизни и Концепцией совершенствования здравоохранения на 25 предстоящих лет. Прогресс профилактического направления здравоохранения в Якутии отмечен на федеральном и международном уровнях: в 2003 году Якутия была принята членом Программы ВОЗ – CINDI (интегрированная профилактика неинфекционных заболеваний). В сентябре 2005 года состоялся саммит программы CINDI, где обсуждена и принята Якутская декларация по профилактике неинфекционных заболеваний и укреплению здоровья населения. Она была доведена до сведения Правительства Российской Федерации и доложена на совещании ВОЗ в Хельсинки.

Особенности сельского здравоохранения региона, что характерно и для других территорий России, диктуют необходимость переориентации первичной медико-санитарной помощи на работу по принципу семейного врача, сохранения существующей коечной сети участковых больниц. Мы считаем актуальным и давно назревшим вопрос о внедрении на селе принципов общеврачебной (семейной) практики. В Якутии активно продолжается работа по внедрению общеврачебной практики: разработана целевая подпрограмма, предусматривающая финанси-

вание материально-технического оснащения офисов семейного врача, дополнительного образования, проведения обучающих семинаров. До 2011 года в республике запланировано строительство 15 модульных офисов семейного врача.

Главным политическим событием 2007 года стал XV съезд медицинских работников и общественности Республики Саха (Якутия). В работе съезда приняли участие представители Минздравсоцразвития России, общественные и политические деятели республики. XV съезд подвёл итоги реализации первого этапа Концепции совершенствования здравоохранения и принял ряд новых документов по охране материнства и детства, по улучшению качества оказания медицинской помощи коренным малочисленным народам Севера, по реализации второго этапа Концепции, принятой на XIV съезде.

Приоритетными направлениями развития охраны здоровья населения республики Съездом определены: формирование здорового образа жизни, в том числе меры по физической активности, питанию, курению; алкогольная и наркотическая зависимость, планирование семьи, психическое здоровье, санитарное просвещение, травмы, профессиональная опасность и здоровье, окружающая среда, здоровье матери и ребёнка, болезни сердца и инсульты, злокачественные новообразования, диабет, ВИЧ-инфекция, иммунизация, клиническое профилактическое обслуживание, системы слежения и информационные системы.

Хотелось бы обратить внимание на то, что национальная стратегия здравоохранения в Якутии ориентирована на улучшение здоровья людей и на улучшение работы медицинских учреждений.

Самый главный приоритет ближайшего десятилетия – это, несомненно, развитие профилактики, расходы на которую должны быть доведены до 70% всех расходов на здравоохранение, в том числе на массовое оздоровление – 50%. Это позволит снизить заболеваемость и увеличить количество здоровых людей. Особое внимание должно быть

уделено информационному обеспечению санитарно-просветительской работы с населением, что позволит повысить уровень санитарной культуры людей, научить их простейшим методам самопрофилактики, самообследования и самопомощи в необходимых случаях.

Хотел бы в этой связи подчеркнуть, что базовыми лечебными учреждениями, осуществляющими профилактику заболеваний в системе отечественного здравоохранения, являются диспансеры. Их организация на заре советской власти и их успешная работа по сей день – это несомненный успех отечественного здравоохранения. Минздрав республики в последние годы уделяет огромное внимание укреплению материально-технической базы, кадрового состава и организации новых видов диспансеров. Так, в течение 2008–2009 годов завершится строительство новых корпусов взрослого и детского противотуберкулёзного диспансеров, создана дирекция кардиологического диспансера, отрабатываются вопросы строительства онкологического, наркологического диспансеров. Задачи нового уровня стоят перед Центрами медицинской профилактики, спортивной медицины и лечебной физкультуры, профилактики и борьбы со СПИД.

В свете новых стратегических задач по решению точечных проблем здоровья населения в течение 2008–2009 годов будут созданы региональные, первичные сосудистые и травмоцентры экстренного реагирования на базе Республиканской больницы № 2 – ЦЭМП и ряда крупных районных больниц в городах Мирном и Нерюнгри.

Таким образом, Министерство здравоохранения при поддержке Правительства и Парламента Республики Саха (Якутия) активно проводит политику, направленную на снижение заболеваемости, инвалидизации и смертности населения, стабилизацию эпидемиологической ситуации, связанной с заболеваниями социального характера, на основе комплексного решения проблем профилактики, диагностики, лечения и реабилитации больных. ■



Коллектив кардиологии



В 1923 году в Южную Якутию в связи с обнаружением месторождения самородного золота хлынул поток старателей. Всю необходимую медицинскую помощь артелям золотоискателей оказывал врач из посёлка Незаметный. Спустя девять лет была открыта центральная амбулатория в Алдане. Первоначально в учреждении функционировали три отделения – терапевтическое, хирургическое и инфекционное. Сегодня в больнице, рассчитанной на 305 коек, оказывается помощь по всем направлениям и специальностям. В структуру ЦРБ входят 10 ФАПов, четыре врачебные амбулатории, сельская участковая больница. Помимо этого под патронажем Алданской ЦРБ находятся Нижне-Куранахская и Томмотская больницы. Численность обслуживаемого населения – 47 200 человек, в том числе коренные жители – якуты, а также эвенки, проживающие в сёлах Угоян, Кутана и Хатыстыр.

– **Наталья Сергеевна, в прошлом году ваша больница отметила своё 75-летие. За это время накоплен огромный опыт, многого удалось достичь. А каковы ваши дальнейшие планы?**

– Мы постоянно проводим целенаправленную работу по расширению спектра оказываемых услуг, улучшению материально-технической базы, совершен-

Больница славная династиями

■ **НАТАЛЬЯ КИРИЛЛОВА**

ствованию профессиональных качеств персонала больницы. Всё это учитываем и в планировании на перспективу.

К настоящему времени мы дополнили оснащение нашей больницы бак-анализатором для проведения антибиотикограмм и идентификации микроорганизмов. Деньги для его приобретения (около 4 млн рублей) выделил глава Алданского улуса. Это аппарат экспертного уровня, и теперь мы можем полностью взять на себя исследование вирусов и бактерий, экономя до 7 млн рублей в год (раньше этой работой занималась санэпидстанция). Сэкономленные средства пойдут на дальнейшее развитие больницы.

В 2009 году планируется работа по расширению Томмотской больницы. Такая необходимость встала в связи с ожидаемым притоком населения, так как вблизи Томмота обнаружено урановое месторождение, и благодаря пуску газонефтепровода Восточная Сибирь – Тихий океан там будут вестись дальнейшие разработки. Первоначально предполагалось строительство типового здания на 70 коек, но решили для начала остановиться на сорока. В дальнейшем площади могут быть увеличены.

Собираемся и дальше развивать телемедицину, которая уже прочно вошла в нашу практику. Мы активно консультируемся с коллегами, в первую очередь это гематологи Санкт-Петербурга. Сейчас ведём переговоры с Москвой о привлечении к работе московских специалистов.

На современном уровне работает наша клиничко-диагностическая лаборатория – во многом благодаря стараниям заведующей Татьяне Михайловне Шиловой. Лаборатория оснащена практически всем необходимым оборудованием, в том числе ИФА-диагностикой. В рамках республиканской программы получен хроматограф для определения

Досье

Наталья Сергеевна Ян в 1979 году окончила медицинский факультет Якутского государственного университета по специальности «Лечебное дело». По распределению попала в Алданский район, где прошла путь от участкового врача-терапевта до заведующей терапевтическим отделением, главного терапевта района, заместителя по лечебной работе, первого заместителя по профилактике и медицинскому обеспечению. В 2006 году уехала в Якутск, а в июле 2008-го вернулась в Алдан – в качестве главного врача Алданской центральной районной больницы. Отличник здравоохранения РФ и РС(Я), врач высшей категории.

Наталья Сергеевна с детства мечтала стать врачом. По её примеру дело на всю жизнь выбрала и племянница – сейчас она заканчивает педиатрический факультет.

наркотических веществ и алкоголя в крови. Этих аппаратов в республике всего два – у нас и в Якутске. В планах – приобретение ПЦР-диагностического комплекса.

– **А чем ещё славится ваша больница?**

– Конечно же, людьми. Наш коллектив уникален, в том числе и по количеству династий медиков. К сожалению, всех не назовёшь, упомяну лишь несколько фамилий. Это династии Хоботовых, Наумовых, Шиловых, Ворсиных, Емельяновых. Кстати, Татьяна Викторовна Емельянова, реаниматолог-неонатолог, в этом году признана лучшим педиатром. Благодаря именно её стараниям у нас отсутствует младенческая смертность. Да и другие показатели, характеризующие работу Алданской ЦРБ, выглядят неплохо – это заслуга не только врачей, но и всего медицинского персонала, отдающего все силы служению медицине и больному человеку. ■



Досье

Вячеслав Волков родился в Ростове-на-Дону 20 января 1940 г. В 1965 г. окончил Ростовский ГМИ по специальности «Педиатрия». По распределению попал на Камчатку. Первое рабочее место – участковая больница села Верхнее Хайрюзово Тигильского района Корякского НО. Начинать педиатром-фтизиатром, через год стал заместителем главного врача Тигильской ЦРБ и одновременно районным педиатром. В 1968–1970 гг. проходил клиническую ординатуру в Ленинградском педиатрическом медицинском институте. Затем работал заместителем главврача городской детской поликлиники № 1 Петропавловска-Камчатского, врачом-инспектором, исполнял обязанности главного педиатра области. С 1980 г. Вячеслав Михайлович руководит городской больницей № 1 и остаётся главным врачом учреждения после реорганизации его в 1991 г. в детскую областную многопрофильную больницу (с прошлого года – Камчатская краевая детская больница).

Награждён медалями «Ветеран труда», «100 лет профсоюзам России», нагрудным знаком «Отличнику здравоохранения РСФСР», почётными грамотами и именными подарками.

Дочь Вероника – врач-неонатолог первой категории, кандидат психологических наук, доцент, зав. кафедрой социально-гуманитарных наук Дальневосточного филиала Всероссийской академии внешней торговли, имеет параллельную специальность врача-неонатолога.

Первый главный врач самой восточной детской больницы нашей страны

■ Наталья Кириллова

Педиатр как ни один другой врач знает цену жизни своих пациентов, ведь они только вступают в неё. Мой собеседник – представитель этой профессии, приложивший массу усилий для становления детского здравоохранения на Камчатке, главный врач ГУЗ «Камчатская краевая детская больница» Вячеслав Волков.

– Камчатская область была образована 2 декабря 1849 года указом Правительствующего Сената. Её территорию общей сложностью 472,3 тыс. кв. км образуют полуостров Камчатка, Карагинский и Командорские острова. Вместе с тем, до 1991 года Камчатка оставалась единственной областью Российской Федерации, в которой не было детской областной больницы. И создать такую мне пришлось в голову, когда я возглавил Городскую больницу № 1, которая, на мой взгляд, была подходящей базой для этого. Главным аргументом было то обстоятельство, что из пяти больниц областного центра, где имелись детские койки, у нас их было больше всех. К этому времени были сданы в эксплуатацию три крупных стационарных лечебных учреждения для взрослых, и это давало возможность все детские койки сконцентрировать в одном месте. В 1991 году из структуры ГБ № 1 вывели взрослые отделения, а все педиатрические соматические койки других стационаров областного центра сконцентрировали у нас.

– **Начинали вы, можно сказать, с нуля. А что последовало за этим?**

– За семнадцать лет в больнице проведена огромная организационная работа по формированию её структуры. В настоящее время она представляет собой стационар на 180 коек с консультативной поликлиникой. Сформированы самостоятельные педиатрические подразде-

ления, которых раньше в структуре ЛПУ Камчатки не было. Произведена профилизация коек по основным клиническим направлениям в пяти лечебных отделениях: неонатологии, неврологии и онкогематологии, аллергологии и гастроэнтерологии, отоларингологии и хирургии. Создано отделение анестезиологии и реанимации, что способствовало значительному снижению летальности в больнице и младенческой смертности в целом по региону, а также значительно увеличило возможности детских хирургов при оперативных вмешательствах. Расширена параклиническая служба – она представлена клинико-биохимической лабораторией, отделением лучевой диагностики, кабинетами ФГС, функциональной диагностики, ЛФК, физио, массажа. Открыт стоматологический кабинет, основано отделение реабилитации, на базе больницы формируется медицинский телецентр. Подготовлены специалисты, оказывающие лечебно-диагностическую и профилактическую помощь по 12 клиническим специальностям в педиатрии. Ежегодно в больнице получают лечение свыше 5000 детей, осуществляется свыше 1300 операций.

– **Вячеслав Михайлович, назовите несколько имён своих коллег, стоящих на страже жизни маленьких жителей Камчатки.**

– Это элита нашего здравоохранения, пионеры камчатской педиатрии – Надежда Александровна Лабутина, Маргарита Петровна Свитцова, Михаил Иванович Дубов, Таисия Васильевна Прякина, Тамара Васильевна Демешко, Галина Николаевна Калинина, Марина Васильевна Чмель, Дмитрий Егорович Дадонов, Светлана Петровна Плотникова, Марина Борисовна Шамакова, Татьяна Терентьевна Дмитриева, Галина Николаевна Веригина, Валентина Поликарповна Волошина, Аскар Гаделевич Зиганшин и многие другие. ■



SIBEXPO CENTRE

7-10 октября

СИБЗДРАВООХРАНЕНИЕ

РАЗДЕЛЫ ВЫСТАВКИ:

- медицинская техника, оборудование, инструмент;
- лабораторное и диагностическое оборудование, приборы, системы;
- стоматологическое оборудование, материалы и инструменты;
- фармацевтические препараты, оборудование;
- средства гигиены, пищевые добавки;
- офтальмология, медицинская оптика;
- косметология, лечебная косметика;
- практическое здравоохранение: современные методы лечения и профилактики, медицинские услуги;
- медицинская наука, новые медицинские технологии;
- подготовка кадров, информационное и научное обеспечение здравоохранения;
- санатории, курорты, оздоровительные комплексы.

**Иркутский выставочный
комплекс ОАО "Сибэкспоцентр"
Россия, 664050 г. Иркутск,
ул. Байкальская, 253 а
Тел.: (3952) 352-900, 352-239
Факс: (3952) 358-223, 353-033
E-mail: sibexpo@mail.ru**

www.sibexpo.ru

АРОМАСТАНЦИЯ

**В КОМПЛЕКТЕ
С КИСЛОРОДНЫМ КОНЦЕНТРАТОРОМ
сери NewLife**



Аромастанция – новейшая разработка в области ароматерапии Компании «ЛайфКор Интернешнл» – предназначена для проведения сеансов ингаляций кислорода с парами различных ароматизаторов (масел, эссенций).

Вдыхаемая ароматическая смесь, кроме антисептического воздействия на слизистую носоглотки, оказывает стимулирующее или успокаивающее воздействие (в зависимости от выбранного ароматизатора) на рефлекторные зоны, связанные с органами и системами всего организма.

Ароматические ингаляции позволяют повысить иммунитет, активизировать обменные процессы, снимают усталость, стресс, нервное напряжение, обладают тонизирующим воздействием.

Основное отличие и достоинство новой аромастанции – светящееся и переливающееся акриловое полотно, а также подсветка – всё это дало прекрасный сенсорный эффект: нежное переливание света приятно притягивает взгляд и оказывает успокаивающее воздействие на пациента во время сеанса ингаляции, ведь более 90% информации человек получает через глаза. Всё более распространяющиеся в наше время сенсорные комнаты – прямое доказательство их эффективности. Добавление Аромастанции в процесс реабилитационной и терапевтической практики улучшает психоэмоциональное состояние пациентов.

ОБОРУДОВАНИЕ ДЛЯ АРОМАТЕРАПИИ:

- сенсорная кислородная Аромастанция;
- источник кислорода – кислородный концентратор серии NewLife.

Оборудование для ароматерапии используется в оздоровительных, лечебно-профилактических и общественных учреждениях (фитнес-клубы, санатории, фитобары, салоны красоты, комнаты отдыха, детские сады, школы и т. д.). Аромастанция является необходимым атрибутом любой сенсорной комнаты. Конструкция и дизайн подходят к любому, даже самому изысканному интерьеру.

ТЕХНИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ АРОМАСТАНЦИИ:

Рабочее давление кислорода на входе	0,6–1,4 атм.
Количество выходов для пользователей	3
Количество ёмкостей для ароматизирующих жидкостей	3
Рабочий объём для ароматизирующих жидкостей	0,25 мл
Вес	5 кг
Габариты	315 x 150 x 410 мм

Примечания:

- возможна индивидуальная настройка потока кислорода по каждому выходу;
- для подключения и работы Вам необходима только эл. сеть 220В



Лайф Кор

ИНТЕРНЕШНЛ

11 лет на
российском рынке
кислородного
оборудования



NEWLIFE

4 вида терапевтических
концентраторов различной
производительности и давления



RELAINТ

Уникальный операционно-
реанимационный концентратор,
применяется с наркозными и ИВЛ
аппаратами при любых
хирургических операциях и
реанимации



MZ-30

Концентратор кислорода для
операционных, реанимационных,
небольших клиник, родильных домов,
полевых госпиталей МЧС и МО



FREESTYLE

миниатюрный кислородный концентратор
для индивидуального пользования, вес 2 кг



MZ

Завод любой производительности
для любой больницы

ООО «Лайф Кор Интернешнл» - эксклюзивный представитель компании AirSep (США) в России.

125480, Москва, ул. Героев Панфиловцев, д. 20, стр. 2, офис 134.

Для корреспонденции: 125459, Москва, а/я 37.

Тел./факс: (495) 944-06-06, 948-8402. e-mail: lifecore@aha.ru, http://www.lifecore.ru

Выставочная компания "Омск-Экспо"
и Международный выставочный центр "Интерсиб"
приглашают принять участие в выставках:

7 - 10
ОКТАБРЯ

ОМСК
2008

СИБИРСКАЯ НЕДЕЛЯ ЗДОРОВЬЯ И КРАСОТЫ

ИНДУСТРИЯ КРАСОТЫ

7-я специализированная выставка

САЛОН КРАСОТЫ

Парфюмерия, косметика, парикмахерское,
косметологическое оборудование

КЛУБ ЗДОРОВЬЯ

Оборудование для спортивно-оздоровительных
центров. Системы оздоровительного питания

НАУЧНО-ДЕЛОВАЯ ПРОГРАММА:

- День косметолога (Конференция по косметологии)
- Директорский день. Школа салонного бизнеса
- Шоу парикмахерского искусства «Осенний вернисаж»
- Семинары для мастеров по моделированию ногтей
- Мастер-классы по аппаратной косметологии,
эстетической медицине, фотозпиляции,
фотоомоложению, контурной пластике, криолифту

МЕДИЦИНА

13-я специализированная выставка

Медтехника. Инструменты. Восстановительная
медицина. Фармация. Валеология. Интим-салон.

МАТЬ И ДИТЯ

3-я специализированная выставка

Лекарственные средства.
Медицинское оборудование. Детское питание.
Товары и услуги для детей и будущих мам

СТОМАТОЛОГИЯ

Стоматологическая практика.
Зуботехническая лаборатория.

Место проведения:
СК "Красная звезда",
ул. Масленникова, 142



ОМСК-ЭКСПО
ВЫСТАВОЧНАЯ КОМПАНИЯ

ВК "Омск-Экспо", 644033, ул. Красный Путь, 155, корп. 1
тел./факс (3812) 23-02-91, 25-84-87
E-mail: info@omskeexpo.ru, expo@omskeexpo.ru
http:// www.omskeexpo.ru, www.intersib.ru



Приглашаем на стажировку в клиниках Швейцарии, по индивидуальным программам

- кардиологов,
- кардиохирургов,
- анестезиологов,
- врачей-лаборантов,
- врачей отделений инструментальной диагностики,
- акушеров, гинекологов, неонатологов,
- хирургов (висцеральная хирургия),
- медицинских сестёр различных отделений,
- административный персонал клиник

СТАЖИРОВКА В ШВЕЙЦАРИИ – это прекрасная возможность обменяться опытом с врачами одной из самых передовых медицинских систем мира, научиться новым техникам и методикам.

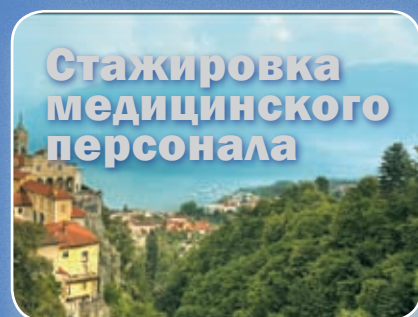
Мы выберем вместе с Вами клинику, соответствующую Вашему профилю и цели, организуем Вашу программу стажировки, оформим приглашение в клинику Швейцарии, подберём гостиницу (есть возможность проживания в апартаментах), встретим/проводим в аэропорту, предоставим русскоязычного переводчика с медицинским образованием.

ДЛИТЕЛЬНОСТЬ СТАЖИРОВКИ – от одной до четырёх недель.

ПО ОКОНЧАНИИ стажировки выдаётся **СЕРТИФИКАТ** на именном бланке клиники с названием темы и количеством пройденных часов, а также письмо с детальным описанием практики.

МЫ ПОМОЖЕМ ВАМ организовать обследование и лечение в швейцарских клиниках (в частности, в итальянском регионе).

Будем рады ответить на все ваши вопросы, дать советы по организации стажировки и пребывания в Тичино



БОЛЕЕ ПОДРОБНАЯ ИНФОРМАЦИЯ
НА ВЕБ-САЙТЕ WWW.RUSTIMED.COM
МОЖЕТЕ НАПИСАТЬ НАМ
ПО АДРЕСУ
7806140@MAIL.RU

Представительство в России:
Адрес: г. Москва, 107023,
пл. Журавлёва, д. 10, стр. 1, оф. 114
Телефоны: 8 (495) 780 61 40,
8 916 346 50 57 (моб.)

Рецепт от



ООО «НПО «ЭНЕРГИЯ-КРИОСИБ»

• качество • надёжность • безопасность



**ВЫПОЛНИМ
ПОЭТАПНО
ИЛИ КОМПЛЕКСНО**



✓ **Проектирование, монтаж**
технологических трубопроводов
(кислорода, закиси азота,
воздуха, вакуума)



✓ **Поставку, монтаж,
пуск в эксплуатацию:**
модульных систем жизнеобеспечения
для операционных,
палат реанимации
и интенсивной терапии,
газификаторов,
вакуумных и компрессорных станций,
кислородных концентраторов



✓ **Модернизацию, реконструкцию и техническое обслуживание**
существующих систем медицинских газопроводов и оборудования

Референции: выполнены работы более чем на 50 объектах здравоохранения на территории РФ

Адрес: г. Омск, 644047, ул. Арсеньева, 10б, тел.: (3812) 61-98-99, 61-98-97,
E-MAIL: ENERGIA@KRIOSIB.RU САЙТ: WWW.KRIOSIB.RU